Mngool.com

فصام العقل
أو
الشيزوفرينيا

الدكتور علي كمال

BA, MD, DPM, FRC Psych
زميل الكلية الملكية للأطباء النفسانيين
(المملكة المتحدة)



المؤسسة العربية للدراسات والنشر

الإهداء

إلى ذكرى أخي أمين
الذي لم يعرف أبداً
أن يكره أحداً.

صورة الغلاف

« . . . كان الجنون . . . على نقيض الواقـع . . . حيث ساد حكم ضـوء ظالم . . . لم يترك مكانا للظل . . . فلاة شاسعة لا حدود لها . . . هذا الفراغ المتـد . . . إني خـائـفـة فيـه . . . إني في وحـدة مـرعبـة . . . »

« من مذكرات فتاة مصابة بالشيزوفرينيا »

المحتويات

المقدمة

ليس هنالك من الأمراض الأنسانية ما يجمع في آن واحد بين العراقة في القدم ، والتواصل التأريخي ، وإثارة الجدل ، والمعاناة الأنسانية ، والعقم في الفهم ، والفشل في الوصول إلى نتائج ، اكثر مما يوفره « مرض » الشيزوفرينيا في جميع هذه الأمور . ومما يزيد في فرادة هذا المرض هو التباين في وجهات النظر بين اولئك الذين يرون بأن المرض هو من الأمراض الحديثة مما لا مثيل له في سابق عهود الانسان ، واولئك الذين يعتقدون بأن المرض قديم كقدم الأنسان ولازمه طوال مسيرته التأريخية . ومثل ذلك الجدل الأكثر حدَّة بين اولئك ، وهم الكثرة ، ممن يتعاملون مع المرض كحقيقة واقعية من المرض المحدد والمنتشر ، وبين نفر من المنشقين الحاذقين والذين ينفون وجود هذا المرض أصلاً ويعتبرونه خرافة أو اسطورة اختلقتها عصبة من المتنفعين على حساب من يوسمون بهذا المرض . ومثل هذا الجدل حول تأريخ المرض ووجوده ، فإن هنالك نواحي أخرى من الجدل حول تعريف المرض وماهيته وأسبابه وصورته ومقوماته ومصيره وعلاجه ، وحصيلة كل ذلك فيها الكثير من العبث وحتى الطرافة ، غير أن فيها أيضاً الكثير مما يكفي لإثبات وجود المرض ، وإن كان يقتضي البرهان بصورة قاطعة على ان الشيزوفرينيا هو مرض له المقومات اللازمة التي تؤهله للانتماء الى المجموعة الطبية من الأمراض . وقد يكون هذا الشرط تعجيزياً ، ذلك أن الاضطرابات العقلية حالها حال الاضطرابات النفسية ، يصعب اخضاعها لنفس القواعد المطبقة على الأمراض الأخرى . فماهيتها هي ماهية النفس او العقل ، وهي ماهية غير مادية صرفة ، ويتعذر لذلك اثبات وجودها بنفس الطريقة او الطرق التي يثبت فيها وجود العلل والأمراض الجسمية من طبية أو جراحية .

*

إن مرض الشيزوفرينيا ، وباسم أوْبآخر من الأسماء التي تناوبت عليه ، قد عرف منذ أقدم عصور التأريخ الأنساني ، وهنالك من الأدلة الآثارية ما يبين بأن المرض قد عرف وعولج منذ القرون الأولى للعصر الحجري ، وبأنه قد صاحب الحياة الأنسانية في العصور والحضارات التالية لذلك **وحتى** عصرنا هذا . ومع أننا لا نستطيع التحقق من مدى انتشار المرض في عصور وحضارات سابقة ، الا انه يمكن القول بأن « المرض » لم يكن نادر الوقوع ، إن لم يكن واضح **الانتشار في** معظم المجتمعات والحضارات المتعاقبة . أما في عصرنا الحالي ، فإن المرض كواقع من اضطراب الشخصية بما في ذلك النواحي الفكرية

والسلوكية والعاطفية ، فإنه يكون حالة واسعة الانتشار في كل مجتمعات وبلدان العالم ، وليس هناك من مجتمع أو بلد يستطيع إثبات نفيه لوجود مثل هذا الاضطراب في وسطه ، ومع ذلك فإن هنالك تفاوتاً في نسبة وقوع المرض بين مجتمع أو آخر ، وحتى في المجتمع الواحد بين باحث وآخر . وهنالك تقديرات عامة تضع نسبة وقوع المرض في العام الواحد بحوالى الواحد في الألف من السكان ، وبأن نسبة انتشار المرض في المجتمع تقع ما بين واحد الى ثلاثة في المئة . وتقدر الأحصائيات بأن هنالك ما بين اكثر من مليون وحتى ستة ملايين مصاب بالشيزوفرينيا في الولايات المتحدة ، كما يقدر احتمال اصابة كل فرد يتجاوز سن الخامسة عشرة بهذا المرض بحوالى اربعة ونصف بالمئة ، وتزيد هذه النسبة عن هذه التقديرات إذا ما ادخلنا في الحساب اولئك الذين يحملون المرض ولا تظهر عليهم سماته ، أو انهم في حالة وسطى بين الصحة والمرض يصعب تمييزها وتصنيفها . وقد تكون حصيلة كل ذلك هي زيادة احتمال الإصابة بالمرض أو احدى درجاته إلى عشرة في المئة طوال حياة الفرد وهذا يعني بأن هنالك ثلاثة او اربعة اشخاص ممن يحملون بذور المرض في انفسهم مقابل كل فرد مصاب بالمرض أو مهدد بالإصابة الفعلية به .

*

إن المصطلح « الشيزوفرينيا » هو مصطلح حديث العهد نسبياً ، وقد وضع في مطلع هذا القرن ، غير أن المرض ، وبصورة او أخرى من صوره المتعددة ، قد سمي بأسماء عديدة عبر العصور والحضارات في لغات مختلفة . فاليونانيون القدامى اصطلحوا « الملنخوليا » والبارانويا لتسمية بعض حالاته ، واستعمل العرب عين المصطلحات اليونانية وزادوا عليها مصطلحات « الجنون » و« الخبال » ، و« السوداء » ووصفوا المصاب احيانا بمصطلحات تنوه بالسبب مثل « الملزوم » و« المسكون » . ومن المصطلحات الأكثر حداثة مصطلح « الذهان » . وفي القرون الحديثة استعمل الاوروبيون مصطلحات عدة منها « الجنون ، أو غياب العقل Insanity » و« القمرية او Lunacy » ، دلالة على العلاقة التي افترضوها بين القمر والجنون . وفي القرن الماضي اصطلح على التعبير « الخرف المبكر » ، للدلالة على المرض بصورة محددة ، وهو المصطلح الذي ظل منتشرا حتى النصف الأول من هذا القرن ، إلى أن حل محله المصطلح الحالي « الشيزوفرينيا » . وهو المصطلح المتعارف عليه عالمياً ، بما في ذلك العربية . هذا وقد اصطلح مؤخرا على المرض بالفصام ، وهو مصطلح يفي باشتقاق مصطلح الشيزوفرينيا ومدلولاته ، وإن كان الأفضل استعمال التعبير الكامل « فصام العقل » لكي يتساوى ذلك مع بنية مصطلح الشيزوفرينيا والتي تترجم : بانقسام او انشطار العقل . ومن المصطلحات التي تستعمل احيانا وبصورة غير مسؤولة مصطلح « انقسام الشخصية » ومساواتها بمرض الشيزوفرينيا ، وهي تصف حالات نفسية اخرى ، ويقتضي لذلك تجنب استعمالها للشيزوفرينيا او الفصام العقلي . هذا ولا يمكن التكهن بشكل او بنية المصطلح او المصطلحات الجديدة التي ستخلف يوما ما مصطلح الشيزوفرينيا او فصام العقل ، او ستحل محل المصطلحات العديدة التي وضعت لوصف مختلف الصور والحالات التي يظهر عليها هذا المرض .

* *

عندما خطرت لي فكرة تأليف هذا الكتاب ، تحتم علي أن ابرر لنفسي مهمة القيام بذلك ، وهي مهمة صعبة ومعقدة لا بدَّ ان تتناسب مع اكثر ما يتعلق بالانسان تعقيدا وهو عقله ، ومن بين علل هذا العقل « الشيزوفرينيا » ، وهي اكثر العلل تعقيداً واستعصاءً على الفهم . وفيما يلي اهم الدوافع التي تبرر هذه المغامرة وهذا الجهد ليس للكاتب فحسب ، بل للقارىء أيضا .

« أولاً »

إن الحالات المعروفة بالشيزوفرينيا ، أو « الفصام » كما اصطلح عليها بعض الأطباء ، هي اكثر الامراض العقلية وقوعاً ، واكثرها تشخيصاً من بين هذه الأمراض ، وهي فوق ذلك اكثر الأمراض تسبيباً للمعاناة الفردية والعائلية والاجتماعية ، لا لأنها واسعة الانتشار فحسب ، بل لأنها عميقة الأثر ، لما ينجم عنها من تعطيل وهدر للطاقات والأمكانيات الانتاجية والخلاقة للمصابين بها ، والـذين يقعون فريسة لفعل المرض وهم في مقتبل العمر . وللمرض أن يستقر في أنفسهم طوال حياتهم . ويقدر الخبراء بأن التكاليف المادية للمرض في العام الواحد في امريكا تبلغ الثلاثين بليون دولار ويتوقعون ان يقفز المبلغ الى مئة واربعين بليون دولار في العام الواحد في سنة ٢٠٠٧ ، فضلا عن حرمان الفرد ومجتمعه من الأمكانيات الخلاقة والأبداعية للكثيرين من المرضى الذين كانوا يتمتعون قبل اصابتهم بالمرض بخصائص عبقرية قدر لها أن تتحـطم في بواكيـرها . ثم ان البحث في هـذا المرض ، وهـو مرض واسـع الحدود والأعراض والصور ،هو بمثابة البحث في الامراض والعلل العقلية كلها ، ليس من النواحي الطبية فقط ، وإنما من النواحي التأريخية والانسانية أيضا .

« ثانياً » :

إن المكتبة العربية بقسميها : الثقافي الاكاديمي المتخصص ، والثقافي العام ، تكاد تكون خالية تماماً من المؤلفات والبحوث والمصادر اللازمة والموثوقة حول هذا الجانب الهام من مجالات الطب والمعرفة . ومن البديهي ان يقتضي تصحيح هذا الواقع من التخلف ، هذا ولا يكفي ان تتوافر للقارىء المصادر الكافية في لغات اخرى ، ذلك ان الامراض والاضطرابات النفسية والعقلية ، وفي مقدمتها الشيزوفرينيا ، تتعلق بأداة الفكر وتوازنه واختلاله ، ومن طبيعة الفكر ان تكون اللغة هي الأداة الرئيسية والصادقة للتعبير عنه سواء في حالة التوازن او الاختلال . وهذا الواقع يحتم ضرورة الرجوع الى لغة الفرد وتعابيره لفهم حالته العقلية وتقرير صحته من خلله ، وبالتالي صياغة هذا الفهم بتعابير مناسبة تسهل التفاهم بين الطبيب والمريض وأهله ، وبين الطبيب وغيره من الأطباء . وحاجتنا إلى مثل هذه اللغة ، هي بالتأكيد اكثر من حاجتنا الى مثلها في مجالات أخرى من الطب ، والتي تعتمد على البينة الموضوعية والمادية المحسوسة اكثر من اعتمادها على البينة النفسية والعقلية ، كما هو الحال في الشيزوفرينيا ، وهي بينة غير مـادية وغـير محسوسة في مجملها . وفي محاولتي تـلافي هذا النقص الـواضح في ثقـافتنا العـربية ، فـإني ادرك شحّ المصطلحات العربية الملائمة ، كما اني الاحظ الخطأ الذي دأب الأطباء المختصون على ممارسته وذلك بتوثيقهم المعلومات والملاحظات المستقاة من المريض وعائلته ومجتمعه ، بلغة وتعابير من غير لغة المريض وتعابيره . ومن الجلي ان لهذا التقليد الخاطىء أن يحدد أو حتى يمنع عمليـات التواصـل بين المـريض والطبيب ، وأن يغير من الدلالات الفعلية لشكوى المريض ، وبالتالي من اسلوب العلاج ونتائجه ، وله

ايضا ان يؤخر من عمليات نهوضنا وارتقائنا الى المستويات المعاصرة في هذا المجال الهام من الطب والحياة الأنسانية .

« ثالثاً » :

ومن حوافزي الدافعة الى تأليف هذا الكتاب ، هو شعوري بضرورة اقامة التواصل بين تراثنا العربي الفكري والطبي ، وبين حاضرنا ، ومد هذا التواصل الى المستقبل . وليس هنالك أدعى لضرورات التواصل من هذا المجال ، ذلك أن الأطباء العرب في الماضي ، كانوا ، وباعتراف علماء الغرب ، أوّل من قام بتصنيف الامراض العقلية ، ومن هذه التصانيف : تصنيف طبيب معاصر للرازي يذهل القارىء بدقته وموضوعيته . وللرازي وابن سينا آراؤهم وممارساتهم التشخيصية والعلاجية في الأمراض النفسية والعقلية وخاصة مرض الملنخوليا ، وهي حالة مرضية تجمع بين الشيزوفرينيا والكآبة كما نعرفهما الآن . وقد كان لهؤلاء الاطباء وغيرهم مساهمات رائدة وهامة في علاج هذا المرض وغيره من العلل العقلية وبأساليب اتسمت بالجمع بين العلمانية والانسانية ، مما حمل الباحثين على الاقرار بسبق العرب للغرب في هذا الباب . ومن هذا المنطلق الحضاري التأريخي ، فإنهيتحتم على المختص والباحث من بيننا ان يحيط نفسه علما بما أدركه أسلافنا من ريادات ومبادرات في هذا الباب ، وأن يسعى لمد هذا التراث الغني بمدد جديد يهيء لامتداد حضاري جديد .

« رابعاً » :

ونجد المبرر الرابع لتأليف هذا الكتاب ، في أن الشيزوفرينيا وما تفرع عنها من مصطلحات ومرادفات كالشخصية الشيزية ، والفصام ، والشخصية الفصامية ، قد اصبحت وبسرعة من المصطلحات الواردة على ألسن الناس وفي كتاباتهم ، والكثير منها يطلق في وصف تفكير الغير وسلوكهم جزافاً وبدون تبرير ، وقد دأب البعض ، حتى في مجال الطب والاختصاص على اطلاق هذه المصطلحات وما تنوه به من المرض على كل من لا نستطيع فهمهم ، أو يتعذر علينا قبول تصرفاتهم وطرق تعاملهم مع الحياة . ومن الملاحظ ايضا أن هذه المصطلحات قد نفذت ايضا الى مجالات الأدب والسياسة والاجتماع والاقتصاد والفنون ، واستعملت في كل هذه المجالات للدلالة على كل ما لا يتوافق مع الواقع المتعارف عليه من سلوك المجتمع وتفكيره وتجاربه . وقد ساهمت المؤسسة الطبية ، خاصة الجانب الاختصاصي منها ، في ما نشاهده من التساهل والتوسع في استعمال هذه المصطلحات ، وكان من نتيجة ذلك ان زادت حماسة الأطباء نحو تشخيص قيام المرض او الاتجاه نحوه في كل من تظهر عليه بوادر من الفكر والعاطفة والسلوك تخرج بعض الشيء عمّا هو مألوف . وقد اقتضى هذا الحماس الطبي الى ضرورة وضع مصطلحات جديدة لتستوعب هذا التوسع والتشعب الحادثين بسبب ذلك ، ومن هذه المصطلحات : الشيزوفرينيا البادئة ، والكامنة ، والحدودية ، والطفولية والمراهقة ، والمزاجية ، والعصابية ، والحالمة ، وغيرها من المصطلحات التي تضمن انضواء اكبر عدد ممكن من الناس تحت راية الشيزوفرينيا .

إن هذا التوسع الذي نشاهده في اطلاق هذا المصطلح من قبل عامة الناس ، والتوسع المماثل والأكثر خطرا في تشخيصه او توقع حدوثه من قبل الأطباء المختصين ، قد أديا بالضرورة الى طمس المعالم

الأساسية للمرض ، وقد نشأت بدلاً من ذلك مواصفات واسعة ومتعددة ومتباينة لتشخيص المرض . وقد كان ، وما زال ، من شأن هذه الفوضى التشخيصية ، أن قام تفاوت كبير بين الأطباء في امر تشخيص وقوع وانتشار المرض بين بلد وآخر ، وحتى في البلد الواحد . فالمرض مثلا يشخص في امريكا بنسبة ضعف تشخيصه في المملكة المتحدة ، كما يشخص في امريكا وروسيا بنسبة تتجاوز تشخيصه في بلدان اخرى ، وخاصة في اولئك الذين يخرجون في سلوكهم عن العرف الاجتماعي . وكان من نتائج هذا التوسع في استعمال المصطلح ومرادفاته في المجال العام ، والتوسع في تشخيصه في المجال الطبي ، أن بات من الصعب على الفرد ان يثبت بأنه غير شيزوفريني ، او ان يبرىء نفسه من المرض ، أو من حمل بذور الاستعداد والتهيؤ للوقوع به يوما ما في المستقبل .

في مثل هذه الغمرة « الشيزوفرينية » التي يعيشها الانسان المعاصر ، والتي يبدو فيها بأن « اللاعقل » قد فرض على الأنسان عنوة ، فإني أجد المبرر لهذا الكتاب ، ذلك ان هنالك ما يدعو للتأني لغرض امتحان مفاهيمنا المعاصرة عن العقلانية واللاعقلانية ، عن الصحة والمرض . ونحن نعتقد بأن الشيزوفرينيا اصبحت تشخص في عصرنا الحاضر ، وفي اكثر المجتمعات بنسبة تزيد كثيراً على ما يقتضيه الواقع المرضي ، وهذه ممارسة لا مبرر لها خاصة وأننا ما زلنا غير متفقين على تعريف ماهية المرض وحدوده واعراضه اللازمة والمشخصة لقيامه ، كما اننا لم نتوصل بعد الى جلاء أسبابه والطرق المثلى لعلاجه . ولعل الأولى بنا ونحن في مثل هذه المرتبة من الجهل أن نقلل من حدود المرض وإلى الحد الأدنى الذي يمكن الاتفاق عليه ، ففي هذا ما قد يسهل فهم هذا المرض والتوصل الى ادراك اسبابه والتمكن من علاجه .

*

لقد كان من نتائج التوسع الكبير في تشخيص الشيزوفرينيا ، وما اقتضاه ذلك من تحديد أو سلب لحرية المشخصين به ، أن قامت حركة مناوئة لهذه الممارسات . ومن المفارقات ان اعلام هذه الحركة هم من بين مشاهير المختصين بالأمراض العقلية . ومبادىء هذه الحركة المناوئة تدعو الى رفض فكرة المرض العقلي ، وإلى نفي وجود المرض الشيزوفريني . ويستند أصحاب هذه الحركة على نقاط الضعف في موقف الأطباء المختصين ، والذين هم في رأي اصحاب الحركة ، لم يستطيعوا اثبات أهلية « المرض » الشيزوفريني للانضواء تحت النموذج الطبي ، من حيث مقوماته الأساسية وهي : الأسباب والاعراض والمسيرة والعلاج . ومن ابرز المعارضين لقيام المرض الشيزوفريني الدكتور « لانج Laing » ، والذي يقول في ذلك : « إنه افتراض ووهم ونظرية ، ولكنه ليس حقيقة ، بأن أحداً ما يعاني من حالة تسمى « الشيزوفرينيا » . . . ونحن نعتبره خطأ محسوسا في مثل هذه الحالة من البينة ، ان نعتبر ذلك حقيقة » . ويعتبر لانج بأن تشخيص مرض الشيزوفرينيا في فرد ما ، ما هو الا مؤامرة يشترك في وضعها وتنفيذها اكثر من طرف واحد ، بما في ذلك العائلة والطبيب والممرضة والباحث الاجتماعي وغيرهم من العناصر في المؤسسات الطبية والاجتماعية . ومن الاراء الاخرى المتطرفة في هذا الموضوع هو رأي الدكتور « ساز Szasz » وهو من اعلام هذه الحركة ، والذي يرى بأن مرض الشيزوفرينيا ما هو الا خرافة ، وطبقاً لذلك فإن المرض يصف حالة غير محددة ومفتوحة ، ويمكن تطبيقها على كل حالة من السلوك الذي لا يرضينا .

ومن حجج المعارضين لقيام المرض ، القول بأن « مرض » الشيزوفرينيا لم يوصف قبل القرن التاسع عشر ، وهو بذلك مرض حديث الوجود . ولما كان مثل هذا الواقع مستبعداً من الناحية المنطقية ، فإن ظهوره فجأة وبدون سياق تأريخي،له أن يدلل على أنه خرافة خلقها صانعو المرض ، وذلك من أجل تثبيت مجال اختصاصهم ، وفي محاولة للاعتراف بعلمانيتهم .

إن هذه الآراء المعارضة ، وغيرها كثير ، لا تمثل الا رأي الأقلية من المختصين والذين اندفعوا إلى الاتجاه المعاكس من التزمت ، كرد فعل للاسراف القائم في تشخيص المرض ، ولما تسبب به هذا الاسراف من تحديد لحرية الأنسان . ومع أنه سيتعذر على أي انسان أن ينكر وجود المرضى في عقولهم ، الّا انه في الوقت نفسه يقتضي الاحتراز في الوسم ، والا جاء الوقت الذي سيصعب فيه على أي فرد ان يبرىء نفسه في أنه لم يكن شيزوفرينيا في وقت ما، ومن أنه غير شيزوفريني حتى في تلك اللحظة التي يحاول فيها اثبات خلوه من المرض . ولعل من ايجابيات هذه الحركة المناوئة للمرض العقلي ، هي أنها تحمل المتأمل لها على اعتبار الاضطراب العقلي كجزء من الحياة العقلية الطبيعية للانسان ، وقد يدلل على ذلك بأن ما من واحد منا إلا وداعب أفكاراً غير طبيعية في وقت أو آخر ، او تصرف بصورة غير عقلانية ولو للحظة عابرة ، ونحن لو تأملنا الحياة العقلية للطفل ، أو تأملنا المحتوى لأحلامنا في النوم أو في اليقظة ، لوجدنا بأننا نعيش حياة غير عقلانية لجزء غير قليل من حياتنا . ومع أنه يقتضي وضع حدود فارقة بين ما هو « عقلي » و« غير عقلي » ، بين ما هو سليم وبين ما هو مرض ، فإن الأفضل ، علمياً وانسانياً أن لا نضع هذه الحدود في بداية ظهورها ، كما يفعل عامة الناس والأطباء على حد سواء ، وانما فقط عند استقرارها وثباتها ، فقد لا يكون الخروج على المألوف عقلا وسلوكاً الا ضرورة طارئة تحتمها الحاجة الى التكيف على ما لا يقبل او لا يحتمل من ظروف الحياة والواقع . والاسراع في تشخيص هذه الحالات بأنها مرضية عقلية او شيزوفرينية هو قرار يلتصق بالفرد طوال حياته ويتعذر عليه الخلاص منه ، وقد حدث في ممارستنا ، وبالتأكيد في ممارسة غيرنا ، أن شاطرنا انفسنا في هذا الاسراع في التشخيص ، لينجلي الأمر بعد حين بشفاء المريض كلياً ، وكأن شيئا ما لم يحدث ، الا من الآثار التي لا تمحى من وسمة ، او بتعبير ادق من « وصمة » التشخيص . ومثل هذا التسرع والخطأ هو الذي افسح المجال لمنتقدي المؤسسة الطبية للقول بأن تشخيص « الشيزوفرينيا » انما هو حكم « معنوي » لا تشخيص طبي ، وأن الطب يرتكب ذنباً كبيراً في المشاركة في اصدار مثل هذا الحكم .

« خامساً » :

وأخيراً فهنالك غاية أخرى من تأليف هذا الكتاب غير ما حاولت تبريره في مطلع هذه المقدمة ، وهي غاية تنبع من قسوة الحكم المعنوي الذي يقع على من يعاني حالة يشخصها الطب بأنها « شيزوفرينية ـ أو فصامية » ، وهو حكم يساهم الطب باصداره ولو بصورة غير واعية أو مقصودة . وقد كان من شأن هذا الحكم المعنوي ، أنه حدد من حرية الفرد وحرمه من تحمل مسؤولياته ، ليس أثناء معاناة الحالة فقط ، وإنما حتى نهاية العمر في الكثير من الحالات ، ومساهمة الطب في ذلك قد أساءت الى المفهوم الانساني للطب ، وهو المفهوم الذي دفع الطب في البداية الى اخراج الأمراض العقلية من مجال الشيطان والأرواح الشريرة ، ودفعها الى مجال العقلانية والعلم ، ولا بد للطب الآن من أن يسترد مقامه الانساني

القديم في الحياة الانسانية وهو المقام الذي يفرض عليه تأكيد الهدف الأمثل للحياة الانسانية ، وهذا هو الهدف الذي عبر عنه الكاتب « البرت كامو » بقوله : « إن هدف الحياة يمكن ان يكون فقط زيادة حصيلة الحرية والمسؤولية التي يمكن ان توجد في كل انسان وفي العالم ، وهي لا يمكن ان تكون ، وتحت أي ظرف ، انقاصا أو اخمادا لتلك الحرية ، حتى ولو مؤقتا . . . » . وأنا آمل أن أترك من الأثر في ذهن القارىء ما قد يساعد على تفهم أفضل للذين وسموا بالشيزوفرنية ، فلعل ذلك يقلل من تحيزه وحكمه المعنوي على من وسم بهذه الحالة ، وبالتالي فإن له أن يقلل من ممارساتنا الحالية في مصادرة حرية ومسؤولية من يعانيها .

*

منذ ان اقتطعت الامراض العقلية من عالم الارواح ، الخيرة منها والشريرة ، واعتبرت كغيرها من الأمراض المادية التي تصيب الجسم ، بدأت الفرضيات والأبحاث لاثبات ذلك . وفي عصرنا الحالي وصلت هذه الأبحاث الى ذروتها من حيث اتساع مجالات البحث وطرقه ودقته . . والذي يتابع مسيرة هذه الأبحاث خاصة في النصف الأخير من هذا القرن يجد بأن الأبحاث في موضوع الشيزوفرينيا بما في ذلك أسبابه، وحالاته وعلاجه وسيرته ومصيره ، هي من اوسع الابحاث التي اجريت حتى الآن حول أي حيثية مرضية اخرى من نفسية او جسمية . واندفع الباحثون نحو محاولة اثبات فرضيات معينة ، كما أن نتائج ابحاثهم قد دفعتهم الى وضع فرضيات او نظريات اخرى . ففي أسباب هذه الحالات تعددت الفرضيات لتشمل كل ما يمكن افتراضه من أسباب ، ومن ذلك : الأسباب الأيديولوجية والفيزيولوجية والوراثية والنفسية على انواعها ، والمادية العضوية والكيمياوية والهرمونية والغذائية ، والمحيطية الاجتماعية والحضارية ، والإرهاق ، وغيرها من الأسباب. ويماثل ذلك مختلف طرق العلاج التي لم تستثن أي عامل علاجي يظن بأن فيه فائدة للمريض . ومن خصائص هذه الأبحاث والفرضيات أن كل واحد منها يبدو ، ولو الى حين ، مقنعاً في تفسير المرض أو علاجه ، غير ان ذلك سرعان ما يتغير ، فيختفي السابق من الاسباب وطرق العلاج ليحل محله الجديد منها . ويلاحظ المختصون بأن معدل حياة كل جديد في هذا الموضوع سواء كان فرضية او سببا او علاجا لا يتعدى الخمس سنوات في معظم الحالات ، ثم يصبح في طي النسيان ليحل محله الجديد . وهكذا فإن مرض الشيزوفرينيا يظل لغزاً يستعصي حله،وليس هنالك ما يدل على أننا اكثر اقتراباً للوصول الى هذا الحل مما كنا عنده في الماضي .

*

لقد حاولت جهدي في تأليف هذا الكتاب ، أن اتجنب الغموض في التعبير والتعقيد في الأداء على أن لا يأتي ذلك على حساب الدقة والحقيقة العلمية ، ولم تكن هذه المحاولة سهلة او موفقة في جميع فقرات الكتاب ، وهو أمر متوقع ، إن لم يكن لشيء فلأن الانسان هو اكثر الكائنات الحية تعقيدا ، والعقل الأنساني هو لذلك اكثر مظاهر الحياة الانسانية تعقيدا واستعصاء على الفهم . ثم ان تأليف الكتاب في اللغة العربية ، فيه من الصعوبات ما لا يمكن ادراكه الا لمن يحاول ذلك ، فالمصطلحات العربية ما زالت قليلة في مثل هذا الموضوع ، والاتفاق على معانيها ، على قلتها ، ما زال بعيداً في لغة الأطباء والمختصين . وقد توجب عليّ منذ محاولة بنية هذا الكتاب ، أن ادرك بأنني أتوجه به في آن واحد الى

القارئين في مستويات متفاوتة من الثقافة العامة والمختصة ، وهي مهمة اكثر عسراً من أي مهمة أخرى يحاولها المؤلف في أي موضوع . والذي فرض علي ضرورة مثل هذا التوجه الى مستويات متفـاوتة من القراء ، هو أن « مرض » الشيزوفرينيا ، قد اصبح من « الأمراض » التي تستحوذ على اهتمام نسبة كبيرة من المجتمع ، ولا بد لذلك من تزويدهم بخلاصة وافية ودقيقة عن جميع الحقائق التي تجمعت حول هذا الموضوع . وغايتي من ذلك أن ازيل التحيز القائم في أذهان الناس حول مرض الشيزوفرينيا ، وهو تحيز ما زال قائما حتى عند اكثر الناس ثقافة ، ولا يستثنى من ذلك المجال الطبي .

*

لقد أوردت في فصول هذا الكتاب الكثير من الفرضيات والنظريـات حول هـذا المرض ، كـما ضمنته خلاصة لشتى الابحاث التي اجريت حتى الآن حول اسبابه وعلاجه وصوره ومسيرته ومصيره ، وقد توخيت تقديم هذه المعلومات كما هي ، بما في ذلك ما يقوم من جدل حولها ، وما يوجد فيها من تباين واختلاف بين باحث وآخر . وقد احجمت عن الميل الى فرضية أو رأي دون اخر ، لا لأن الأمانة العلمية تقضي بذلك ، وإنما لأننا ، وحتى الآن ، لا نعلم القدر الكافي عن طبيعة هذه الحالات المرضية او حدودها الفعلية ، فضلا عن أسبابها وعلاجها . وقد أدركت ، حتى قبل ان أشرع في تأليف هـذا الكتاب ، مبلغ التعقيد في كل ما يتعلق بهذه الحالات المرضية ، وقد وجدت نفسي مرارا وكأني اعبـر متاهة لا نفاذ منها ، ولهذا فقد حاولت جهدي ان اجنّب القارىء هذه المتاهة ، واذا لم انجح ، فما ذلك الا لأن العقل الانساني هو المتاهة العظمى لنا، وبأنه من المتعذر على أي انسان ان يتسع عقله ليفهم نفسه . وفي هذه الحقيقـة سر غموض الشيزوفرينيا ، كغيره من الامـراض العقلية ، واستعصائه عـلى الفهم .

المؤلف

القسم الأول

فصول اولية

١ ـ نظرة عامة :

مصطلح الشيزوفرينيا (فصام العقل)
وجود المرض الشيزوفريني
تعريف الشيزوفرينيا
ماهية الشيزوفرينيا
حدود الشيزوفرينيا
أسباب الشيزوفرينيا

٢ ـ النماذج التفسيرية للمرض العقلي :

نموذج القوى الخارقة
النموذج الأفلاطوني
النموذج الأبقراطي
النموذج التوراتي (العقابي)
النموذج الفرعوني
النموذج الطبي
النموذج السايكودالي
النموذج التحليلي النفسي
النموذج الانحرافي عن المعدل؛

النموذج الاجتماعي
النموذج التآمري
النموذج العائلي
النموذج المعنوي
نموذج الارهاق والتكيف
نموذج البايو كميائي
النموذج السلوكي
النموذج المادي
النموذج الوراثي
النموذج النفسي
النموذج السلوكي التطبيقي
النموذج الوجودي الظواهري
النموذج اللاعقلي.

٣ ـ هل هناك مرض شيزوفريني ؟

حركة اللاجنون
رأى ميشيل فوكوا
رأي لانج
رأي كوبر
رأي ساز

٤ ـ الشيزوفرينيا من بين الأمراض :

الطبيعي بين الناس
المريض نفسياً
الحالات الحدودية
المرض العقلي
الشيزوفرينيا
وقوع الاضطرابات العقلية في المجتمع

٥ ـ الطيف الشيزوفريني :

الحالات الحدودية
الحالات المتنقلة ـ المتجولة
الحالات الكامنة

الشيزوفرينيا البسيطة
الحالات العصابية الكاذبة
الشخصية الشيزوفرينية (الفصامية)

٦ ـ ماهية الشيزوفرينيا :

نظريات (كربلاين، بلولر، فرويد، يونغ، بينيه وسايمون، ابراهام، سلڤان، اريتي، مانفرد بلولر، ويرخ، سترانسكي، ادولف ماير، باڤلوف)

١ ـ نظرة عامة تمهيدية

١ ـ مصطلح الشيزوفرينيا (فصام العقل)

مصطلح الشيزوفرينيا هو المصطلح الذي وضعه العالم يوجين بلولر في مطلع هذا القرن ، والمصطلح يتكون من لفظتين هما «شيزو» ومعناها انقسام أو تجزئة او فصام «وفرينيا» ومعناها العقل . وقد جاءت هذه التسمية لتحل مكان المصطلح «الخرف المبكر» الذي وضعه العالم كربلاين في نهاية القرن الماضي . وقبل هذين المصطلحين الحديثين نسبياً فإن حالات المرض الشيزوفريني قد اعتبرت ضمن المصطلح السائد في الحضارة المعينة للتدليل على المرض العقلي ، وهنالك مصطلحات عديدة لذلك من «الجنون» و«الخبال» و«العته» و« الملنخوليا » . . . «والسوداء» وغيرها من الألفاظ . وفي اللغة العربية المعاصرة ما زال البعض يستعمل لفظة « الجنون» بصورة مطلقة ، أو مصطلح الخرف المبكر ، (وهو مصطلح اخذ بالزوال) ، أو مصطلح الشيزوفرينيا أو الفصام . والمصطلح الأخير يحمل المدلول الأساسي للمرض وهو الانقسام أو الانكسار او التصدّع (شيزو) ، الا أنه غير كامل ، ويقتضي اتمامه باضافة « العقل » ليصبح (فصام العقل») ، وان كنا لا نجد غضاضة في استعمال المصطلح السائد عالمياً وهو الشيزوفرينيا .

إن هنالك التباساً عند بعض الناس بين مفهوم مصطلح الشيزوفرينيا وبين مصطلح «ازدواج الشخصية» ومصطلح «تعدد» الشخصية . فهذه المصطلحات الأخيرة تقع ضمن حالات تصدع الوعي ، وهي حالات هستيرية نفسية تنشطر فيها شخصية الفرد الى جزئين او اكثر، ويكون أحد هذه الأجزاء مسيطراً في وقت معين ، وقد يليه الجزء الآخر بالسيطرة في أوقات اخرى ، وهذه حالات غير شيزوفرينية ، وان كان للشيزوفريني أن يظهر على صور مختلفة في أوقات مختلفة . وهناك التباس اخر بين «الشيزوفرينيا» وبين «انقسام الشخصية» . فمع أن انقسام العقل هو في الواقع انقسام أو انفصام لمقومات الشخصية» الا أنه يقتضي دائماً الاحتراز في استعمال مصطلح « انقسام الشخصية » وبشكل تتضح فيه حدود الاستعمال بين انقسام الشخصية الذي يعني الشيزوفرينيا ، وانقسام الشخصية الذي يعني تعدد الشخصية . والالتباس الآخر هو بين الشيزوفرينيا ، او الفصام العقلي ، وبين المصطلح المعروف بالشخصية الثنائية . فالشخصية الثنائية لا تعني الشيزوفرينيا ، ولا علاقة أو شبه لها بهذه الحالة ، وكل ما تعنيه هذه الشخصية أن صاحبها يجمع في نفسه وبصورة أكثر وضوحا مما هو مألوف ، خصائص من كل من الانبساط : (التوجه الاجتماعي) ، والانطواء : (الانفرادية) ، وهي خصائص لا تتوافر بهذا الجمع في المريض الشيزوفريني . وفي الصفحات التالية من هذا الكتاب سنستعمل مصطلحات

الشيزوفرينيا والفصام ، وفصام العقل ، وانقسام الشخصية ، كمصطلحات مترادفة وبنفس الدلالة والمعنى .

٢ ـ وجود المرض الشيزوفريني

يتصرف الأطباء وغيرهم من العاملين في المجال الطبي وكأن الشيزوفرينيا مرض كغيره من الأمراض له حيثيته الخاصة والتي يشخص ويعالج على أساسها ، غير أن هذا التصرف له من يعارضه أو ينفيه ، او على الأقل من لا يجد المبرر الكافي لاعتبار المرض حيثية مرضية محددة استناداً الى المستوى الحالي من الحقائق المتوفرة لنا عن هذا الموضوع . فهنالك المعارضون لوجود هذه الحيثية المرضية من اساسها ، امثال ساز ولانج وغيرهم من معارضي وجود الأمراض العقلية ، والذين ينفون وجود مثل هذا المرض ويرون بأنه خرافة ابتكرها الأطباء المختصون لارضاء حاجات اجتماعية وحاجات العائلة والأقارب ممن لهم مصلحة في دفع الفرد للمرض ، وفي رأيهم ان للاطباء انفسهم مصلحة كبرى في الابقاء على هذا المرض كمرض لأنه يمثل شعارهم الذي يبرر وجودهم ، وبانه بدون وجود مثل هؤلاء المختصين والمنتفعين من الأطباء فانه ليس هنالك وجود لهذا المرض . وهنالك من يتخذ موقفا أقل تشددا من هؤلاء في الشيزوفرينياوبعض خصائص المرض ، الا أنه لا يجد في الشيزوفرينيا في مفهومه الحالي ما لا يكفي لاعتباره حيثية مرضية محددة ، وبأن المزيد من البحث في هذا الموضوع هو أمر ضروري لاستكمال المقومات اللازمة لاثبات وجود المرض كحيثية طبية . وهنالك في الطرف الآخر اولئك الذين لا يتشككون في وجود المرض الشيزوفريني ويعتبرونه حيثية طبية معينة لها خصائصها المفردة والمميزة ، وهم لا يأخذون بعين الاعتبار الحقائق الناقصة عن هذا الموضوع ، ذلك انهم يفسرون المرض واسبابه على أساس الفرضيات التي يؤمنون بها . وهنالك اخيراً أولئك الذين يعتبرون مرض الشيزوفرينيا مجرد حصيلة تلتقي عندها الأمراض العقلية في نهاية مطافها .

ان مثل هذا الاختلاف والجدل في وجهات النظر حول موضوع الشيزوفرينيا سيظل قائما حتى زمن طويل في المستقبل وهو لن يتوقف ، ان لم يزدد حدة ، اذا ما بقي المرض غير مقرر الأسباب .

٣ ـ تعريف الشيزوفرينيا :

قد يتفق الكثيرون على أن الشيزوفرينيا هي حالة مرضية ذات كيان مستقل ومتميز ، الا أن هنالك اختلافاً بينا بينهم في أمر تعريف هذا الكيان ، وهنالك امثلة على هذا الاختلاف عبر العصور المختلفة سواء اعتبرت الحالة المرضية مرضا عقليا ، او ملنخوليا ، أو خرفا مبكرا ، أو انفعالا ، او شيزوفرينيا . ومن مقارنة التعاريف المختلفة ، واكثرها وضع في هذا القرن ، فانا نجد تباينا واضحا في محتوى هذه التعاريف من حيث مفهوم المرض وماهيته وحدوده وخصائصه . فمن هذه التعاريف ما يقوم على أساس الاعراض أو الصور المرضية التي يظهر عليها المريض ، ومنها ما يقوم على أساس المسيرة المرضية او المصير المرضي ، ومنها من يعتبر الشيزوفرينيا حالة (سندروم) من مجموعة أعراض متلازمة(syndrome)يتوافق فيها وجود أعراض معينة ، وليس مرضا محددا . ومن التعاريف ما يؤكد العمليات غير الظاهرة من الفكر بدل الظاهر من السلوك ، وهكذا فانا ما زلنا في حاجة الى تعريف واضح يتضمن الحقائق الأساسية عن الشيزوفرينيا . والحاجة الى مثل هذا التعريف ضرورية ليس فقط من أجل التوصل الى فهم للمرض ، وانما ايضا من أجل

تحديد اتجاهات ومسارات البحث فيه بغية الوصول الى كل ما يتصل به من حقائق ، ولعل امكانية الوصول الى هذا الهدف التعريفي للمرض في المستقبل المنظور تبدو بعيدة الاحتمال بالنظر لأن أهم الحقائق المتعلقة بالشيزوفرينيا ما زالت خافية حتى الآن .

لقد حاول الكثيرون تعريف مرض الشيزوفرينيا ، ومن الطبيعي أن تقصر هذه التعاريف كلها عن التوصل الى تعريف شامل ومحدد لهذه الحالة المرضية ما دام المرض غير واضح من حيث أسبابه وأعراضه ومسيرته ونتائجه ، وفي مثل هذه الحالة من عدم الوضوح فإن معظم التعاريف المعطاة لهذا المرض قد تركزت على الأعراض المرضية الأكثر ظهوراً في المرض ، وفي بعض الحالات اتسع التعريف ليصف العمليات النفسية التي تكمن وراء المريض . وقد لا تكون هنالك جدوى من استعراض المئات من المحاولات التعريفية التي وردت بشأن هذا المرض ، ونكتفي هنا بالهام منها ، والتي كان لها تأثير على مفهوم الشيزوفرينيا حتى الآن :

كربلاين : عرف المرض بأعراضه المميزة وهي : الهلاوس خاصة هلاوس السمع واللمس والنقص في الانتباه الى العالم الخارجي ، والنقص في حب الاستطلاع ، واضطراب الفكر مع وجود ارتباطات فكرية تعصى على الفهم ، وتغير في الكلام بحيث يصبح غير مفهوم ، ونقص في الحكم والبصيرة ، والأوهام ، والعاطفة المتلومة ، والسلبية ، والسلوك النمطي . وهذه الأعراض توجد في المريض مع صفاء وعيه ، وصحة إدراكه وذاكرته .

بلولر : تعريف بلولر للشيزوفرينيا يعتبر مكملاً لتعريف كربلاين . وهو يستعمل المصطلح لوسم حالات من المرض العقلي ، والتي قد تكون مسيرتها متباينة ، أو أن هذه المسيرة يمكن ايقافها أو حتى عكسها ، غير أنها لا تعود إلى حالتها الأولى والمتكاملة أبدا . ويضيف الى ذلك التعريف : «انها حالات تتصف بتغيير محدد في الفكر والعاطفة وبالعلاقة مع العالم المحيط ، وهو تغيير لا يظهر في أي حالة أخرى . » ويتجاوز بلولر في تعريفه الاعراض ويتناول أسبابها ، فهو يجد بأن للمرض أعراضه الأولية وأعراضه الثانوية ، وبأن الأعراض الثانوية قد تكون هي الأعراض الأكثر وضوحاً في الكثير من الحالات ، كما أن المحتوى النفسي للمرض العقلي يمكن تفسيره بأنه مقرر نفسياً ، وبأن بالامكان فهمه في الكثير من الأحيان عن طريق النظريات النفسية التحليلية . وقد أعطى بلولر الأعراض التالية الأولية ، والتي رأى بأنها موجودة ولو بدرجة ما في كل دور من أدوار المرض ، وهي : اضطراب في الترابط (ترابط الأفكار) ، اضطراب في الفكر ، تغيرات في التفاعلات العاطفية ، الميل لتفضيل الخيال على الواقع ، والميل للانعزال عن الواقع . وهكذا فإن بلولر قد أكد على أهمية عمليات عدم الترابط الفكري ، وعلى انسحاب المريض من الواقع . ووجد في هذه الظواهر مبرراً لاعطاء مصطلح الشيزوفرينيا لمثل هذه الحالة المرضية ، وهو مصطلح يعني انقسام او تجزئة العقل او انفصامه الى مكوناته الأساسية وهي الفكر والعاطفة والسلوك .

مانفرد بلولر : وهو ابن بلولر ، والذي ساهم بصورة فعالة في تثبيت نظرة والده ، وقد أكد بصورة خاصة وجود مظاهر عدم الترابط في شخصية المريض ، او ما سماه أيضاً «عدم ترابط أو تفكك الشخصية» ، وقد رأى مانفرد بأن هذا التفكك يؤدي الى تجزئة الشخصية الى مكوناتها ، وبأن هذه المكونات وإن لم تكن كل واحدة منها وحدة مرضية ، إلا أنها تتجمع من تركيبات غير متوافقة مع بعضها

البعض . وقد وجد مانفرد بأن هذا التفكك في كيان الشخصية هو الذي يميز هذه الحالة المرضية ، وبأنه يبرر المصطلح «الشيزوفرينيا» والذي وضعه والده لتسمية مثل هذه الحالات المرضية .

لويس: وضع اوبري لويس تعريفاً لهذا المرض يتضمن العناصر الأساسية التي أوردها كل من كربلاين وبلولر ومانفرد بلولر . وقد أكد تعريفه على ناحيتين أساسيتين . وهما :
أولاً : التكسر : (الانقسام ، أو التجزئة) في المقومات المكونة للعقل : (الشخصية) ، وهي الفكر والعاطفة والسلوك ،
وثانياً : فقدان االتوازن (الرنح) في العمليات النفسية الداخلية . وهذا التعريف أقرب الى مفهوم المرض الشيزوفريني كما ورد في تعريف بلولر له ، ويتضمن العناصر الأساسية التي تبرر استعمال مصطلح الشيزوفرينيا (انقسام العقل ، أو انقسام الشخصية) لمثل هذه الحالة .

٤ ـ ماهية الشيزوفرينيا :

لا يوجد اتفاق بين الباحثين حول ماهية الأمراض العقلية بصورة عامة ، وحول ماهية الشيزوفرينيا بصفة خاصة ، وقد تعددت الآراء حول هذه الماهية ، والى الحدود التي يتعذر معه المصالحه بينها . فمن الباحثين من يعتبر الشيزوفرينيا مرضا كغيره من الأمراض يحدث أعراضا مرضية تتناسب مع الاضطراب الوظيفي الذي يصيب دماغ المصاب ، ومنهم من يعتبر الشيزوفرينيا بأنه يمثل الدور الجماعي الذي يتحتم على الفرد أن يلعبه في الحياة الاجتماعية وهي الحياة التي تتطلب من اعضائها القيام بتأدية أدوار معينة ومختلفة من أجل الابقاء على التوازن والاستمرارية الاجتماعية وبالتالي على البقاء . والرأي الثالث حول هذه الماهية يجد في الشيزوفرينيا مجرد تعبير عن الكيفية التي يتلاءم ويتكيف فيها الفرد تجاه ظروفه ووضعه الحياتي ، ورأي رابع بأن الحالة المرضية ما هي الا سلوك الانسان عبر أدوار نموه ، واخيرا هنالك الرأي بأن الحالة المرضية ما هي الا مصادفة يتجمع فيها القدر اللازم من سمات الشخصية والتي قد يحملها الفرد بصورة متطرفة عما هو مألوف عند الأسوياء من الناس .

ان هذه النظريات المختلفة حول ماهية المرض تبدو متباعدة في اتجاهاتها ، وليس هنالك من دليل على أننا نسير في سبيل يختصر هذه النظريات المتعددة . ومرد الصعوبة ان الوظائف العقلية لا تخضع بعد لقواعد البحث التي تخضع لها الوظائف والعمليات الجسدية الأخرى ، وهكذا فإذا نحن لم نتوصل الى اخضاع هذه الوظائف العقلية في مفرداتها وفي تجمعاتها الى قيم قياسية ، فسيظل فهمنا للشيزوفرينيا فهما وصفيا لا علميا ، وسنظل بعيدين عن التوصل الى ادراك ماهية هذه الحالة المرضية ، وليس هنالك من دليل على أننا وشيكو التوصل الى هذه المرحلة من الفهم لهذه الماهية .

٥ ـ حدود الشيزوفرينيا :

حدود الشيزوفرينيا كماهيته وتعريفه : ما زالت غير واضحة ، فقد بدأت هذه الحدود بحالات مرضية مفردة وهي البارانويا ثم الهبفرينيا والكاتاتونيا ، واخيراً جاء كربلاين وجمع هذه الحالات المرضية في وحدة واحدة وسماها بالخرف المبكر (١٨٩٣) . وفي سنة ١٩١١ أضاف بلولر الى هذه الحدود حالة مرضية سماها بالشيزوفرينيا البسيطة ، واطلق على المجموع مصطلح الشيزوفرينيا ، وهو المصطلح الذي

حل مكان الخرف المبكر، ثم شاع استعماله على نطاق عالمي واسع . وقد كان لرأي بلولر في نفسانية المرض الشيزوفريني ما سهل التوسع في حدود المرض الى مدى ابعد بكثير مما تصوره كربلاين وما وضعه بلولر نفسه ، وبنتيجة هذا التوسع ادخلت حالات مرضية عديدة لم تكن مؤهلة للدخول في السابق في مجال حدود المرض . وقد أدى هذا التوسع الى ظهور اصناف مرضية عـديدة جـديدة تكـاد تجمع بينهـا كل اضطراب عقلي وسلوكي وعاطفي لا يتوفر فيه وجود أية آفة او سبب عضوي . ان هذا التوسع في حدود الشيزوفرينيا قد بلغ اقصى مداه في كل من أمريكا وروسيا ، ففي البلدين يقوم الاتجاه نحو تشخيص الحالات المرضية التي تتسم بخصائص الخروج على قواعد المجتمع بأنها على الغالب شيزوفرينية ، ومن الواضح ان لا حدود لمثل هذا الاتجاه . كما أننا نشاهد تجاوزاً للشيزوفرينيا على ما كان يعتبر حتى الآن من مجال الأمراض المزاجية من كآبة او مانيا ، وهو الأمر الذي ضيق من رقعة حدود الأمراض المزاجية وزاد كثيرا من حدود الشيزوفرينيا . وقد تجاوز اتساع مفهوم المرض ليشمل حالات حدودية من الاضطراب الفكري والسلوكي ، والتي سميت بأسماء اخرى مثل الشيزوفرينيا البادئة او الكامنة او المتنقلة او السابقة للمرض العقلي ، وهذه الحالات في مجموعها اذا ما اعتبرت شيزوفرينية فإن لها ان تضاعف مرة أو اكثر من نسبة وقوع هذا المرض في المجتمع .

ان هذا التوسع الكبير في مجال المرض الشيزوفريني قد أثار تشكك الكثير من الباحثين في أمر ما يبرره ، وهو الأمر الذي دفع بعضهم الى التراجع والارتداد الى حدود اكثر ضيقا من الحدود الحالية ، وهي الحدود التي تقترب من الحدود الضيقة التي وضعها كربلاين لمرض الخرف المبكر . ومن هـذه الحدود الضيقة تلك التي عينها فاينر والتي نصت من جملة ما نصت عليه ضرورة ان يكون المرض مستمرا وبدون انحسار للأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل قبل ان يمكن اعتبار المريض مرشحاً لامكانية اعتباره مرضا شيزوفرينيا . ومثل ذلك في قواعد تشخيصية اخرى مثل الجدول التشخيصي الثالث للجمعية الطبيـة النفسية الامريكية والذي ضيق أيضا وبصورة حاسمة من حدود المرض عما كانت عليـه في السابق . والدلائل الحاضرة في معظمها تشير الى الاتجاه نحو المزيد من التحديد لما يمكن اعتباره مرضا شيزوفرينيا ، وقـد ينتهي الأمر في المستقبـل الى تضييق مجال الشيـزوفرينيـا بحيث يشمـل فقط الحـالات المعـروفـة بالشيزوفرينيا النووية ، او الشيزوفرينيا الصافية ، وهي الشيزوفرينيا التي بتوفر فيها عامل وراثي ، ويبدأ المرض فيها في سن مبكرة وبصورة تدريجية غير متقطعة ، وعلى خلفية من الشخصية الشيزية شديدة الانطواء والحساسية ، والتي لا ترتبط بعامل محدث او مرسب معين ، والتي تتجه نحو الأزمان بالرغم من وسائل العلاج المختلفة ، واذا ما حدث هذا التحديد ، فإن مرض الشيزوفرينيا يصبح أقل وقوعاً بين الناس مما هو معتقد الآن .

*

يتضح للباحث في موضوع الشيزوفرينيا بأن حدود الشيزوفرينيا هي حدود غير واضحة ، وبأنها متشعبة ومتفاوتة في شمولها واتساع حدودها ، وحتى في المريض الواحد فإن لهذه الحدود أن تتسع أو أن تضيق بين الحين والآخر وفي دور أو آخر من أدوار المرض ، كما أن لهذه الحدود أن تكون واضحة المعالم أحياناً ، أو أن تكون وكأنها بغير حدود أو يصعب تفريقها عن الشخص الطبيعي .

إن أهم ما يقتضي ادراكه في أمر حدود الشيزوفرينيا هو أن الحالة هي مرض عقلي ، وليس هنالك من شيزوفرينيا اذا لم يكن هنالك مرض عقلي ، غير أن هذا لا يعني بأن المريض الشيزوفريني هو مريض عقلياً «أي أنه مختل عقلياً» في كل دور من أدوار حالته . فهو قد يكون في حالة متكاملة من العقل أو الشخصية في دور أو زمنٍ ما من حالته . ولهذا يقتضي تفريق الشيزوفرينيا عن حالات عقلية أخرى ، كما يقتضي تعريف المرض عن الحالات الطبيعية . ففي الأمراض العقلية الأخرى ، فإن أي مرض عقلي يتضمن من بين أعراضه النقص في الذاكرة ، والتدهور في المقدرة الفكرية ، فانه مرض غير شيزوفريني ، وكذلك فإن أي مرض عقلي يتوفر فيه اضطراب الوعي ، أو تغيير كمي في العواطف أو أنه ينشأ بنتيجة مرض جسمي ، فانه مرض غير شيزوفريني ، كذلك الحالات المرضية العقلية التي تنشأ عقب صدمة عقلية (أو نفسية) ، والتي يشفى منها المريض بسرعة بعد زوال الصدمة ، فإنها حالات غير شيزوفرينية ، ولعل أهم ما في حدود الشيزوفرينيا هو محاولة تحديد هذه الحدود وتفريقها عن الحدود التي يتمتع بها الفرد الطبيعي . ويتضح للمعنيين بهذا الموضوع أن مثل هذا التحديد هو من الأمور المتعذرة خاصة في الحالات «البادئة» أو «الحدودية» أو «الكامنة» ، وهي الحالات التي يصعب تفريقها بصورة قاطعة عن الحالات الاعتيادية . فالعملية الشيزوفرينية ، كعملية من فقدان الترابط ، واللاواقعية ، لها ما يماثلها في حياة الفرد الاعتيادي ، فالفرد الاعتيادي في أحلامه الليلية ، وفي خيالات اليقظة وأحلامها ، فإنه يمر بتجارب هلوسية وغير معقولة ولا نظير لها في الواقع ، وهذه تماثل الى حد بعيد ما يعانيه الشيزوفريني من اضطراب في الفكر والواقع . وهكذا فكل واحد منا هو شيزوفريني خلال هذه الفترات اليومية من الأحلام أثناء النوم أو أثناء اليقظة ، والفرق بين الفرد الطبيعي والفرد الشيزوفريني هو أن هذه الأعراض من الاضطراب هي غير محددة بالأحلام في حالة الشيزوفريني وانما تتوافر في حالة اليقظة وربما بصورة دائمية ، ثم في أن الشخص الطبيعي يدرك الفرق بين خيالاته الحالمة وبين الواقع كما هو ويستطيع بإرادته الواعية الانتقال من حالة الخيال الى حالة الواقع ، الا أن المريض الشيزوفريني لا يستطيع التفريق بين خيالاته وبين الواقع . وهو يعيش خيالاته وكأنها الواقع له . وهو بذلك لا يملك البصيرة الكافية لتصحيح ما هو قائم من تناقض بين واقع الخيال وبين الواقع كما هو . ومع أن التفريق على هذا الأساس له أن يقرر الحد الفاصل بين الحالة الطبيعية والحالة الشيزوفرينية ، الا أن الأمر ليس بمثل هذه السهولة ، ذلك ان معظم الناس الطبيعيين ، إن لم يكن كلهم ، يداعبون بعض احلامهم وخيالاتهم وكأنها من واقع الحياة ، والكثيرون يعيشون هذه الأحلام والخيالات ولو لفترة قصيرة وكأنها الواقع ، ومثل هذه الظاهرة تتوفر بصورة واضحة في الأطفال ، وبصورة أقل في الحداثة والمراهقة ، غير انها تستمر طوال الحياة في معظم الناس ولو لفترات قصيرة ، خاصة في اصحاب الشخصية الانطوائية والشخصية الشيزية وغيرها من اصناف الشخصية التي ينغمس اصحابها بالخيال والى حد العيش في ارجائه على حساب الواقع وإنكار ما فيه ، أو على الأقل الشعور بأن هنالك صراعا بين الواقعين مع الميل الى الركون الى واقع الخيال . وهكذا فإن من المتعذر رسم الحدود الفاصلة للحالات الشيزوفرينية ، وهو الأمر الذي يبرر استعمال الطيف الشيزوفريني . ليس فقط كدليل على اتساع وامتداد الحدود الشيزوفرينية لكي تشمل حتى اولئك الذين يعتبرون ضمن الحدود الطبيعية ، وانما للتنويه بصعوبة التفريق والتمييز بصورة قاطعة بين الفرد الطبيعي وبين ما هو شيزوفريني ، تماما كما يصعب التأكيد القاطع بأن لونا ما قد انتهى ، وأن لونا آخر قد بدأ من الوان الطيف . واذا لم يكن هنالك بد من التفريق بين الشيزوفريني والشخص الطبيعي ، فإن مقدرة

الشخص الطبيعي على العودة من رحلة خيالاته الى عالم الواقع بـارادته وبـإدراكه الفـارق بين حـالتي الخيال والواقع ، فإنه العلامة المفرقـة بين هـذا وذاك ، والصعوبـة في الأمر هي ان هـذه المقدرة غـير متساوية في جميع الناس ، كما أنها غير متساوية حتى في الشخص نفسه في جميع الأوقات .

٦ ـ أسباب المرض :

تعددت النظريات حول أسباب الشيزوفرينيا وستتناول هذه النظريات باسهاب في القسم الخاص بهذا الموضوع ، ويكفي هنا اعداد القارىء لتناول هذا الموضوع بالتفصيل فيما بعد،فقد تأمل الانسان منذ اقدم العصور أسباب الأمراض العقلية والتي تشمل الشيزوفرينيا بصورة أساسية (مهما كان المصـطلح المعطى لهذا المرض) ، والرأي السائد في تلك العصور أن هذه الأمراض ، كالأمراض الجسمية ، انما تصيب الفرد بنتيجة فعل قوة خارقة من قوى الخير أو الشر ، وساد هذا الاعتقاد لعصور طويلة وما زالت اثاره باقية حتى الآن . وفي الحضارة الاغريقية حدث التحوّل الجذري في النظر إلى طبيعة هذه الأمراض ، والتي افترض لأول مرَّة بأنها ناجمة عن مرض أو آفة تصيب الدماغ ، وكان من رأي ابقراط بأن فقدان التوازن في اخلاط الجسم هو السبب لهذه الأمراض وغيرها من اضطرابات الشخصية ، وافترض أبقراط بأن وفرة العصارة السوداء هي التي تسبب المرض العقلي الذي سماه «الملنخوليا» ، وقد أخذ العـرب القدامى بهذا الاسم وبأسبابه التي افترضها ابقراط ، واستعملوا نفس المصطلح أحياناً «والسوداء» أحياناً أخرى . وفي العصور الوسطى المظلمة نظر الى الأمراض العقلية بأنها «لعنة» أحياناً ، كما نظر اليها بأنها من فعل السحر والسحرة أحياناً أخرى . وفي نهاية القرن الماضي وضع كربلاين مصطلح «الخرف المبكر» للدلالة على الحالات المرضية التي نعرفها الآن باسم الشيزوفرينيا ، غير أنه لم يأبه كثيراً بأسباب المرض ، وإن كان قد اعتقد أحياناً بأن أسبابه جسمية ، وربما استقلابية (كيمياوية) ، غير أنه أقرّ بأنه لا يتوفر عنده أي تأييد لهذا الافتراض . وفي مطلع هذا القرن ، وضع بلولر مصطلح الشيزوفرينيا بدلاً من مصطلح «الخرف المبكر» ، غير أنه أكد على الأسباب النفسية للمرض كما أنه لم يعتبر الشيزوفرينيا حيثية مرضية ، وانما حالة ، أو بالأحرى مجموعة واسعة من الحالات وسماها لذلك «الشيزوفرينيات» ، وبـأنها تختلف الواحدة عن الأخرى من حيث السبب والصورة والنتيجة . ومع ان الملاحظة كانت قائمة منذ قرون عديدة حول فعل الوراثة على المرض ، الا أن مانفرد بلولر ابن بلولر ، قد وجه الاهتمام الى فعل الجينات الوراثية في تكوين الشيزوفرينيا ، وكان من رأيه أن الجينات المسببة للمرض ليست بجينات مريضة في حد ذاتها ، وانما تجمعها بشكل معين وغير متوازن هو الذي يكون الحالة المرضية ، وذلك عن طريق احداث حالة غير متوازنة من الشخصية تكون فيها عناصر الشخصية غير متوافقة وفي صراع مع بعضها البعض . غير أن مانفرد وجد مكاناً للعوامل النفسية في تكوين المرض ، فكان من رأيه بأن الضغوط النفسية ، وخاصة تلك التي تنجم عن العلائق في مجال العائلة والأقارب ، لها أن تدفع بعدم توازن مقومات الشخصية الى حالة الانهيار الشيزوفريني . وجاء ماير بنظرية سببية ترد انفعال الشيزوفرينيا إلى «مجموعة من أنماط العادة» ، وبأنه سلوك طبيعي مبالغ فيه ، وبأنه ينجم عن الاستجابة لضغوط محيطية متواصلة ، وهو كآخرين غيره انكر في أن تكون الشيزوفرينيا حيثية مرضية محددة . وأكد سلفان على تصور مماثل ورأى في المرض تعبيراً عن اضطراب العلائق الشخصية بين المريض وغيره في مجتمعه . غير أن سلفان قد افترض أيضاً امكانية وجود أسباب عضوية لبعض حالات الخرف المبكر .

والفئة الأخرى من النظريات تتعلق بالأسباب الداخلية للمرض ، وهذه تفترض وجود خطأ مادي في الدماغ . سواء في نسيجه أو في مكوناته الكيمياوية ، أو في عملياته الاستقلابية ، وهذه النظريات متعدّدة والبينات عليها غير متواترة او متوافقة ، ويتعذر الأخذ بها . أما النظريات الداخلية الأخرى فتشمل الحياة النفسية للفرد ، وهنالك الكثير من هذه النظريات والتي ترد المرض الشيزوفريني إلى فعل الصراعات النفسية الداخلية أو النظر الى المرض بأنه رد فعل الفرد ومسعاه للتكيف على ما هو قائم في واقعه الداخلي وواقعه الخارجي من مواقف كما يتحسسْ هو بها . وهناك نظرية أخرى تجد في المرض بأنه يمثل حالة من فيض وطغيان اللاوعي على الوعي،وبنتيجة ذلك فإن المريض يعاني من الأوهام والهلاوس . وهنالك الرأي الذي جاء به يونج بأن الشيزوفرينيا هي حصيلة الانشغال الزائد في عاطفة الفرد والنكوص بالتالي الى الطبقات الأعمق في اللاوعي الجماعي كوسيلة للتخلص من هذا الانشغال المضني . أما بافلوف ، فإنه يجد في الشخص الشيزوفريني شخصاً سهل الاثارة ، وبأنّه يميل الى الانفعال الزائد ، ولهذا فإن المرض الشيزوفريني هو الوسيلة العصبية الفيزيولوجية الممكنة لتفادي هذا الانفعال ، وذلك بتثبيط القشرة الدماغية.ومن جميع هذه النظريات فإن النظرية السببية الأكثر قبولا في الوقت الحاضر هي النظرية الوراثية ، غير أن البيّنات المتوفرة عن هذه النظرية هي بينات وراثية احصائية ولا تتوفر حتى الآن بينات أكيدة عن العنصر أو العناصر الوراثية الفعالة في هذاالتسبيب أو عن كيفية فعلها ، كما أنه لا يعرف حتى الآن فيما إذا كانت العوامل الوراثية هي متماثلة أو متعددة ومختلفة ،وفيما إذا كان المرض الشيزوفرينى هو مرض واحد أو أمراضاً عدة . ومع اتجاه الأراء والأبحاث نحو جلاء طبيعة وفعل العامل الوراثي ، الا أن هنالك عدة عوامل أخرى تساهم بدرجة أو أخرى في تكوين الاستعداد للمرض او ترسيبه ، غير أن هذه العوامل ، كعامل الوراثة ، ما زالت غير محددة ، كما أن هذه العوامل مختلفة في طبيعتها وليس هنالك من صفة جامعة بينها ، كما أن فعلها في حياة أي فرد بما في ذلك الشيزوفريني هو فعل غير متساوٍ بالضرورة .

٢ - النماذج التفسيرية للمرض العقلي

تبنى الانسان عبر العصور عدة نماذج للمرض العقلي ، وقد برز نموذج او آخر من هذه النماذج في مجتمع او فترة زمنية معينة ، ثم غاب ليحل محله نموذج آخر في فترة زمنية اخرى ، كما حدث وان وُجد في المجتمع الواحد والعصر الواحد اكثر من نموذج واحد لتفسير ماهية المرض العقلي واسبابه . ولعل البحث الدقيق عن مفهوم المرض العقلي عبر عصور التاريخ يؤدي الى الاستنتاج بان الانسان في هذه العصور القديمة قد تبنى في وقت أو آخر معظم النماذج التي وضعها الانسان المعاصر عن هذا المرض ، وان لم تكن بنفس الدقة من التصور والوصف . فالانسان عبر العصور قد اتخذ نماذج ثلاثة اساسية للمرض العقلي ، وهي على التوالي نموذج القوى الخارقة ، والنموذج الطبي الذي يفسر على اسس مادية عضوية ، والنموذج النفسي والذي يربط بين المرض وبين تجارب الحياة التي يمر بها الفرد . والنموذجان الاخيران من هذه النماذج الثلاثة هي التي يعتنقها الانسان المعاصر في فهمه للمرض العقلي ، اما النموذج الاول وهو النموذج الخارق ، فمع انه اقل ورودا في مفاهيم العصر الحاضر ، الا انه لم يختف من الوجود كليا ، وهنالك الكثيرون ممن ما زالوا يؤمنون به حتى هذا اليوم .

نموذج القوى الخارقة :

هذا النموذج هو اقدم النماذج التي فسر بها الانسان قيام المرض العقلي . وهذا النموذج يرتبط بالمعتقدات الدينية التي حملها الانسان عن الكون ومحله فيه ، وعن القوى المتحكمة فيه والمسيطرة على مصيره . وفي هذا النموذج فان الأمراض من جسمية او عقلية تصيب الفرد بمشيئة قوى خارقة للطبيعة ، وهي تقع في الانسان اما بفعل الارادة المباشرة لهذه القوى الخارقة ، او عن طريق ارواح شريرة او شيطانية تتملك كيان الفرد وتمرضه . ومن هذا النموذج في فهم المرض فقد توجه الاهتمام الى محاولة معرفة هذه القوى الخارقة ، او الأرواح الشريرة ، واستعطافها في الحالة الاولى ومحاولة طردها او قهرها ، او التفاوض معها في الحالة الثانية ،واذا ما تم ذلك بنجاح ، فان الفرد المريض يعود الى طبيعته بدون أي آثار باقية للمرض . وقد ساد هذا النموذج التفسيري للمرض في حياة الانسان القديم ومنها الحضارات القديمة العريقة مثل السومرية والبابلية والآشورية والفرعونية والهندية والاغريقية القديمة ، كما ساد في عصور لاحقة اخرى من القرون الوسطى وحتى زمن ليس ببعيد في العصور الحديثة ، وما زال النموذج المعمول به في المجتمعات البدائية والمتخلفة المعاصرة . وفيما يلي بعض التصورات الحضارية القديمة عن هذا النموذج الخارق .

في الحضارة البابلية :

أخذت الحضارة البابلية بالاعتقاد بأن المرض يحدث بفعل الارواح الشريرة والشياطين سواء كان المرض جسميا او عقليا ، غير ان الطبيب الاعتيادي كان يقوم بعلاج العلل الظاهرة وذلك طبقا للتجربة ، بينما العلل الداخلية بما فيها المرض العقلي فقد كان علاجها من نصيب الكاهن او الطبيب الساحر .

في الحضارة الأغريقية القديمة :

في العصر الهومري «نسبة الى هوميروس» اعتبر المرض العقلي بانه نتيجة لتدخل الآلهة في شؤون البشر ، وفي وقت لاحق في مصر سوفوكليس ويروبيدس فقد صور الجنون بأنه نتيجة الانقطاع لعملية الحكمة الاجتماعية ، كما اعتبر ايضا بسبب فعل الشياطين ، غير ان الصراعات النفسية الداخلية للفرد تزيد في الجنون الذي بدأه الشيطان وتكمله .

في الهند :

اعتبر المرض العقلي نتيجة للخطأ في وظيفة الروح ، وبانه ناجم في الاصل عن الصراع بين قوى الخير وقوى الشر ، وهكذا فان العناصر المؤدية للمرض متعددة وتشمل السحر والتصوف والزهد وغيرها من الروحانيات .

النموذج الأفلاطوني :

اتخذ افلاطون نموذجا للمرض مبنياً على فعل العقل ، فالنفس في نظره هي حيثية نشطة وخالدة ، والصحة هي تناغم بين الجسم والعقل ، واما المرض العقلي فهو نتيجة مرض النفس ويحدث نتيجة عدم التوافق بين الخصال الشخصية للفرد او بنتيجة الاجهاد ، وهكذا فان الجنون يأتي بسبب ابتعاد الفرد عن العيش بعقلانية ، واتجاهه بدلا من ذلك الى حالة من اللاعقلانية والتي يسيطر عليها السلوك الاندفاعي .

النموذج الابقراطي « العضوي » :

يعتبر النموذج الابقراطي للمرض العقلي بانه الاساس الاول للتوجه بعيدا عن فعل القوى الخارقة والارواح الشريرة والى تفسير المرض على اساس فيزيولوجي بدلا من ذلك . وهو يرده الى اضطراب في وظيفة الدماغ بفعل العصارات الأربع التي تتوفر في الجسم والتي يمكن ان يضطرب توازنها مع بعضها وتأثير ذلك على مادة الدماغ . وقد سادت هذه النظرية الابقراطية الفكر الطبي حتى القرن الثامن عشر ، وحتى بعد ذلك فان هذا النموذج قد ظل قائما حتى اليوم وان تغير مفهوم الاخلاط والعصارات الى مفاهيم بيولوجية كيمياوية وهرمونية عصبية وغيرها من المفاهيم العضوية المعاصرة حول ماهية هذه الأمراض .

النموذج التوراتي : النموذج العقابي :

تجد المعتقدات التوراتية القديمة في المرض العقلي تعبيرا عن العقاب الذي يقع على الفرد بسبب انتهاكه لوصايا الرب ، والعقاب طبقاً لهذا النموذج يتألف من : « روح الرب قد تخلت عن شاؤول ، وروح شريرة ارسلها الرب تملكته برعب مفاجىء » . وفي وقت لاحق من الحضارة التوراتية اضيف الى

الارواح الشريرة عدة مسببات اخرى منها الوراثة والفسق ، والعلاقات الجنسية المحرمة ، والقذارة والكسل ، وهذه الأسباب في مجموعها ترد بالتالي الى مشيئة الخالق وما يتعين ان يحل بصاحبها من عقاب .

في العهد الفرعوني :

في هذه الحضارة كما في الحضارة البابلية اكد على فعل القوى الخارقة في تسبيب المرض العقلي بما في ذلك فعل الشياطين والارواح الشريرة ، غير ان المصريين القدامى قد تميزوا باهتمامهم بموضوع الحياة والموت وفسروا الكثير من الأعراض المرضية العقلية على اساس من الصلة مع ارواح الموتى ، فهم على سبيل المثال كانوا يفسرون الهلاوس الصوتية الصادرة من الملك المتوفى بأنها صادرة عن الالهة ، كما كانوا يقومون بطرق علاجية تتضمن التنويم تمهيدا للاتصال مع ارواح الفراعنة ، كما مارسوا تفسير الاحلام لاغراض علاجية . وعلى العموم فان المصريين الفراعنة بالرغم من معتقداتهم الروحانية الا انهم في طرقهم العلاجية قد جمعوا بين الوسائل الروحية والنفسية والمادية بشكل فعال .

النموذج الطبي :

في هذا النموذج ينظر الى المرض العقلي تماما كغيره من الامراض وبانه ناجم عن اضطراب في وظيفة او بنية الدماغ ، تماما كما تنشأ الامراض الاخرى عن اضطراب مماثل في عضو او في جزء من اجزاء الجسم . واهم خصائص هذا النموذج الطبي والتي تشترك جميع الامراض فيها ، هي : توفر السبب المعين للمرض ، ووجود مظاهر للمرض يمكن وصفها باعراض وعلامات معينة ، وبان له مسيرة يمكن التنبؤ بها ومصيراً يمكن توقعه ، كما يمكن تغيير واقع المرض باستعمال وسائل علاجية معينة .

ان هذا النموذج الطبي لمرض الشيزوفرينيا ، والذي يتبناه الكثيرون يتصف ببعض النواقص التي سببت الكثير من الجدل وعدم الوثوق وحتى الفوضى في الاراء ، وهنالك من ينفي تماما ان ينطبق هذا النموذج الطبي على مرض الشيزوفرينيا ، ومن هؤلاء الاخصائي النفسي ساز (١٩٧٤) ، الذي يقول : «ان العقل مهما كان فانه ليس عضوا او جزءا من الجسم ، وهكذا فانه لا يمكن ان يصبح مريضا بنفس المعنى الذي يمكن فيه ان يصبح الجسم مريضا» . والواضح ان هذا الاعتراض المنطقي على اعتبار المرض العقلي مرضا يمكن رده بسهولة اذا ما استبدلنا مصطلح العقل ، والذي لا يكون عضوا او جزءا في الجسم بمصطلح الدماغ والذي يكون اضطرابه لسبب ما يؤدي الى قيام الحالة المرضية العقلية . وهناك اعتراضات اخرى على اعتبار المرض العقلي مرضا ، وهو اعتراض يأتي بصفة خاصة من اصحاب المدرسة المعروفة «بالاستثنائية» ، والذين يعتبرون بان اي شيء لا يمكن تفسيره على أساس مادي فيزيولوجي فانه لا يعتبر مرضاً بالمعنى الصحيح . ويرد على هذا الرأي بان عدم وجود سبب عضوي للمرض الشيزوفريني او اي مرض عقلي آخر لا يعني ان المرض غير عضوي ، فالكثير من الامراض حتى الجسمية منها كالسرطان مثلا ما زالت مجهولة الاسباب ، والشيزوفرينيا مرض حاله حال هذه الأمراض ينتظر جلاء مثل هذا الاساس المادي له والذي لا بد يوما من التوصل اليه . وهذا الرأي يتفق مع رأي اصحاب المدرسة المعروفة بالمدرسة الاستنباطية والتي ترى بان جميع الظواهر السلوكية يقتضي تفسيرها ، وهي لا بد ان تفسر يوما على اساس قواعد مادية فيزيولوجية . وبسبب هذه الاعتراضات على النموذج الطبي ، فان تعديلا قد اجري على مفهوم النموذج الطبي ، بحيث استبدل السبب المعين بالقول : بان السبب سيتم اكتشافه في

المستقبل وبانه سيرتبط بالضرورة بالتركيب الوظيفي للدماغ . ومع ان البعض يصر على ان مركز هذا المرض هو في داخل المريض نفسه ، الا ان آخرون يوسعون من القاعدة السببية للمرض ويرون بانها تشمل العناصر الوراثية والعائلية والجسمية والنفسية والاجتماعية والحضارية وغيرها من العناصر .

النموذج « السايكودالي »

في هذا النموذج للمرض ، ينظر الى المرض بأنه بمثابة « رحلة » متافيزيائية ، والتي يتجه فيها الفرد نحو حالة من العقلانية العليا او « السوبر عقل » . ولهذا النموذج للشيزوفرينيا امثلة قديمة واخرى معاصرة . فمن الأمثلة المعاصرة ما كان ينظر فيه لمرض « السل » بأنه حالة خلاقة يقع فيه الفرد بسبب حساسيته المفرطة وثقافته الواسعة وعاطفته المرهفة ، وهو بسبب هذه المواهب فإنه عاجز عن العيش في عالم خشن وقاسٍ وجلف . وقد دفعت هذه النظرة (الرومانطيقية) الى الربط بين السل والابداع في حياة الكثيرين من الشعراء والخلاقين ، كما ان الكاتب توماس مان قد كرس هذه النظرية في روايته الشهيرة (الجبل السحري) والتي حاز عليها جائزة نوبل في الاداب في الثلاثينات من هذا القرن . ومثل هذه النظرة الخارقة للسل نجد بأن لانج يتبنى نظرة مماثلة لها بشأن مرض الشيزوفرينيا ، فهو يرى ايضا بأن الاصابة بهذا المرض قد تنتهي بحالة اعظم من فرط الحساسية والتنور الشعوري ، وان لها لذلك ان تكون عاملا يدفع نحو الابداع والخلاقية . اما الامثلة القديمة عن هذا النموذج السايكودالي ، فقد اشرنا اليها في فقرة سابقة ، ففي حضارات مختلفة نظر الى المريض عقليا بأنه انسان غير طبيعي ، وبأنه خص بمواهب من المعرفة والصلات بما لم يحظ به غيره في مجتمعه ، ولهذا فقد كان محط احترام وتقدير او خوف او وجل ، وكثيرا ما اضفيت عليه صفات العراف او المتنبي او الحكيم او الولي ، كما فسرت اقواله بأنها « شطحات » او « رحلات » الى عالم هو وراء ما يعرفه الناس . ولعل الشبه بين الحالة النفسية التي يتمتع بها بعض الافراد اثناء تناولهم للمستحضرات المهلوسة والتي ترسلهم في « رحلة سايكودالية » وبين بعض حالات الشيزوفرينيا ، هو الامر الذي دفع الى البحث في امكانية ان يكون مرض الشيزوفرينيا مسببا عن تناول مادة مهلوسة من مصدر او آخر من مصادر الغذاء .

مهلوسة من مصدر او اخر من مصادر الغذاء .

النموذج التحليلي النفسي :

هذا النموذج هو اقرب ما يكون للنموذج النفسي ، غير انه بينما يعتمد النموذج النفسي المسيرة والواقع النفسي بكامله للفرد ، فان النموذج التحليلي يرى بان الامراض النفسية انما هي نتيجة الحرمان والكبت في الطفولة وبسبب تثبيت الفرد على ادوار معينة في عملية النضوج ، وان السعي لذلك يجب ان يتوجه دائما وبصورة مركزة نحو جلاء هذه المرحلة الطفولية وذلك باستقراء اللاوعي بعملية التحليل النفسي . ومع ما يعرف عن حداثة هذا النموذج التحليلي النفسي للمرض ، الا ان الباحث يجد في هذا النموذج استمرارية غير منقطعة لما هو قديم في الفكر الانساني عن تصور المرض ، ابتداء من السحر الى المغناطيسية ، ومنها الى التنويم ، وبالتالي الى عمليات التحليل النفسي الدينامي .

نموذج الانحراف عن المعدل :

في هذا النموذج لا ينظر الى المرض بانه مرض في حد ذاته، وانما هو يمثل مجرد انحراف او ابتعاد قياسي عن المعدل المقبول والذي يعتبر لذلك طبيعيا. وهذا الرأي يجد شبها بين هذه الحالة المرضية وبين الذكاء والطول ومرض السكري، ومرض فقر الدم المنجلي، وحالات مماثلة اخرى، فهذه الحالات المرضية كلها تندرج نحو ما هو طبيعي. والاخذ بهذا النموذج يعني بان المرض الشيزوفريني هو مرض درجة لا مرض نوع، وان تقرير قيام الحالة المرضية يعتمد الى حد كبير على مفهوم المعدل في المجتمع الذي يعيشه الفرد، فما قد يعتبر انحرافا او ابتعادا عن المعدل وبالتالي مرضا في عائلة او مجتمع معين قد لا يعتبر كذلك في عائلة اخرى او مجتمع آخر لا يجد في سلوك الفرد او تفكيره ما يكون ابتعادا او انحرافا عما هو مقبول من المعدلات. والملاحظ هو ان بعض المجتمعات والاقطار المعاصرة هي اكثر من غيرها تشددا في وضع هذه المعدلات وتطبيقها مما يحدث تفاوتا بين نسبة تشخيص هذا المرض في مجتمع او بلد آخر وحتى بين طبيب وآخر في المجتمع الواحد.

النموذج الاجتماعي :

هذا النموذج يؤكد على أن الفرد هو بالضرورة كائن اجتماعي، ولهذا فهو يؤكد على الطريقة التي يتعامل فيها الفرد مع النظام الاجتماعي القائم في حياته، وعلى الطريقة التي يفعل فيها. فالمرض لا يعزى الى صراعات نفسية في العقل وليس بسبب مرض في العقل، وانما يعزى لموقف الفرد من صلاته وتفاعلاته الاجتماعية. والفرد في هذا النموذج ينظر اليه كوحدة غير انها وحدة تتفاعل وبالتالي فهي تتكون طبقا للقوى المحيطة. والمرض العقلي ينظر اليه ايضا كحالة تتكون من ردود فعل لمواقف اجتماعية مؤذية ومؤلمة ومشوشة للنفس، كالفقدان بالوفاة وحالات الحرمان والفقر، والتفكك العائلي، والازدحام السكاني، وتلوث البيئة وغيرها من العوامل الاجتماعية السلبية. وبهذا المنظور فان المرض يعتبر دلالة على الخلل الاجتماعي، وبأن الأعراض المرضية تنبع من هذا الخلل. ولعل مما يؤيد هذا المنظور للمرض هو ان اعراضه كثيرا ما تبدأ مرتبطة بمثل هذا الخلل الاجتماعي سواء كان ذلك في حدود البيت أو في نطاق العمل او في الحياة الاجتماعية بصورة عامة، كما ان هذه الأعراض كثيرا ما تتلون بالمواقف الاجتماعية المرهقة. وطبقا لهذا النموذج الاجتماعي فان المجتمع يتحمل المسؤولية الكاملة عن قيام الحالة المرضية، والمرض يصبح لذلك ليس ظاهرة فردية وانما «مشروعا اجتماعيا» لا يعني المريض نفسه فقط بل يعني اقاربه واصدقاءه وجيرانه وزملاءه والعاملين معه.

نموذج البناء الاجتماعي :

نموذج البناء الاجتماعي يذهب الى حدود ابعد من النموذج الاجتماعي، واصحاب هذا النموذج يصرون على الرأي بأن كل الأمراض من جسمية او عقلية فانها حالة (بناء اجتماعي)، وبأن المرض هو فكرة انسانية وهو حالة عملية يطبقها الانسان طبقا لمعايير انسانية وشخصية في آن واحد، وهي المعايير التي يمكن ان تتغير وهي تتغير بالفعل، وبهذا فان ما يعتبر مرضا في مرحلة زمنية اجتماعية معينة قد لا يظل مرضا في مرحلة زمنية اجتماعية اخرى، ويؤيد مثل هذا الرأي ان بعض الأمراض تظهر فجأة في عصر أو مجتمع ما

ثم تعود وتختفي في عصر أو مجتمع آخر، مثال ذلك مرض الهستيريا الذي كثر تشخيص وقوعه في القرن الماضي، ثم قل تشخيص وقوعه في هذا القرن. وفيما يتعلق الأمر بالشيزوفرينيا فهنالك الرأي بأن هذا المرض هو من مبتكرات العصر الحديث وان لا مثيل له في الماضي، وانه مرض المدنية الحديثة وليس له مثيل في الحضارات البدائية، وهي آراء لا تسندها البينات التاريخية ولا الدراسات المعاصرة على المجتمعات البدائية.

النموذج التآمري :

يتبنى اصحاب هذا النموذج الرأي بانه لا يوجد هناك مرض عقلي في الواقع الفعلي وان المرض موجود فقط في عين الناظر، وبان المريض هو ضحية الصاق تسمية المرض به، وان هذا الالصاق هو اشبه ما يكون بمؤامرة على الفرد لنعته بصفة المرض، وان هذه المؤامرة متعددة الجوانب تشترك فيها العائلة والمجتمع والباحث الاجتماعي والطبيب المختص وغيرهم من المنتفعين. ويقول ساز في هذا الموضوع : «ان نعت الفرد ما بصفة المرض يجيز لنا ان نتولى رعايته، وان نتخذ قرارات تؤثر في حريته تحت ستار تقديم العون له» وبهذا فان المرض العقلي يلعب في الحياة دور السحر الذي ساد في الماضي. وطبقا لهذا النموذج التآمري «فان المجتمع يستعمل القوة والخداع وتحت قناع من بلاغة الشفقة، وبعون من المختصين من الاطباء، وبهذا يمكن تجريد اي فرد غير مرغوب فيه اجتماعيا من المقدرة على المقاومة والدفاع عن النفس وبصورة تبدو مرموقة ومشروعة».

النموذج العائلي :

في هذا النموذج، ينظر الى العائلة وليس المريض نفسه، بانها هي المريضة والمضطربة والمنحرفة، وبانها اما تسعى للعون، او انها تحاول الابقاء على شذوذها وهي في حالة متماسكة في الظاهر، ولضمان ذلك فهي تختار واحدا من افرادها ليقوم بمثابة الضحية، بينما قد يكون هذا الفرد من العائلة هو اكثر افراد العائلة تمتعا بالصحة العقلية.

النموذج المعنوي :

في هذا النموذج ينظر الى المرض العقلي بانه يتساوى مع حالة الانحراف عن جادة الصواب والمقبول، وان المريض العقلي قد اختار هذا الطريق المنحرف بارادته الحرة، وما دام كذلك فهو مسؤول معنويا عن نتائج ممارسة ارادته وعن السلوك الخاطىء الذي ينجم عنه.

نموذج الشدة والتكيف

في هذا النموذج استعادة لمفهوم الشدة في المجال الفيزيائي والذي تعرف فيه الشدة بأنها القوّة او النظام الذي اذا استعمل فإنه يؤدي الى تشويه الجسم الذي يقع عليه. وتطبيق هذا المفهوم المحدد على الانسان يعني بأن تعريفه للشدة،له ان يؤدي الى مثل هذا التشويه من جسمه او سلوكه او فكره او عاطفته. غير ان المفهوم المادي للشدة يفترض ان الشدة تأتي من الخارج، وبأن لها قوة معينة، وبأنها تحدث اثارها طبقا لقوتها، ومثل هذا المفهوم المحدد لا يأخذ بعين الاعتبار عوامل متغيرة اخرى،ومنها

ان الشدة قد تكون من الداخل ايضا ، وبأنها قد تكون غير مادية في طبيعتها ، وبأنها قد تكون حقيقية او متخيلة، أو انها من صنع الفرد نفسه . ثم ان الشدة لها معناها الخاص بالنسبة لكل فرد ، ولها لذلك ان تكون ذات قوة ارهاقية تختلف في شخص ما عنها في شخص آخر ، وهنالك أيضا عوامل اخرى هامة لها ان تقرر قوة الشدة وتأثيرها على شخص ما ، ومن هذه التجارب المجتمعة للفرد حتى زمن وقوع الشدة ، ودرجة التهيؤ عنده ، من جسمية او فيزيولوجية او نفسية ، ومدى توفر العوامل المساعدة او المقللة من فعل الشدة ، ومدى قابلية الفرد على التعامل مع الشدة والتكيف عليها . إن هذه العوامل كلها توسع بالضرورة من مفهوم الشدة والارهاق في المجال الطبي النفسي ، وهي التي تقرر في حصيلة فعلها نوعية الاستجابة المرضية للشدة ، جسمية كانت أو نفسية او عقلية ، كما تقرر متى تحدث هذه الاستجابة ، وفي من تحدث .

إن نموذج الشدة والتكيف يتبنى المفهوم الشامل والواسع للشدة ، والذي يلخص في ان أذى من نوع ما يصيب الفرد اذا ما تعرض للشدة الكافية من داخله او من خارجه وبالقدر الذي يزيد عن قابليته الخاصة على احتواء هذه الشدة بالتكيف عليها . وفيما يتعلق بالامراض النفسية والعقلية بما في ذلك مرض الشيزوفرينيا ، فإن جزءا من هذه الشدة ينبع من تصورات الفرد نفسه ، وللفرد المعرض لها ان يعطي الشدة معاني تختلف عن ما يعطيها غيره من الناس ، كما ان مقدرته على التكيف قد تختلف عن مقدرة غيره من حيث القوة والنوع . هذا ولا يمكن تقرير اثر الشدة في انسان ما بدون اقامة الاعتبار للظروف التي تقع فيها الشدة من الداخل او الخارج ، ومدى درجة الاستعداد القائمة في كل فرد لمقاومة هذه الشدة ، وما توفر قابليته على التكيف عليها بصورة ناجحة عند وقوعها .

« النموذج النفسي البايولوجي »

بني هذا النموذج على النظرية النفسية البايولوجية (السايكوبايولوجية) التي جاء بها الفرد ماير في مطلع هذا القرن وهي النظرية التي تجد في الحالة المرضية نتيجة لعملية تفاعلية متكررة ومتواصلة ومتطورة بين الأمكانيات البايولوجية والأمكانيات النفسية للفرد وبين العوامل المحيطة التي يتعرض لها الفرد . وهذه النظرية لا تضع فروقا بين النواحي النفسية والنواحي البايولوجية وتعتبر هذه النواحي وجهين لكيان متكامل واحد وهي تجد ان الكثير من الامراض إن لم تكن كلها ، انما هي تعبير عن ردود فعل الفرد بكامله وبامكانياته النفسية والبايولوجية معا لكل ما يحدث في محيطه .

النموذج البايوكيميائي :

يتبنى هذا النموذج اصحاب مدرستين ، الأولى هي المدرسة (الاستنباطية) وهي المدرسة التي ترى بان جميع الظواهر السلوكية يجب تفسيرها وبأنها لا بد ان تفسر يوما على اساس قواعد مادية فيزيولوجية ، والمدرسة الثانية هي المدرسة « الاستثنائية او العازلة » والتي يرى اصحابها ان ما لا يمكن تفسيره على اساس مادي فيزيولوجي فانه لا يمكن ان يكون مرضا . ويسمى النموذج البايوكيميائي ايضا بالنموذج البايوطبي ، او البايولوجي الطبي ، وهي تسمية اوسع مدى من مصطلح البايوكيميائي . (Biomedical)

النموذج البايوسايكو اجتماعي :

هذا النموذج للمرض هو اوسع من النماذج المفردة : البايولوجية (البايولوجية الطبية او البايوكيمياوية) او النفسية ، او الاجتماعية ، او الثنائية مثل النموذج البايوسايكولوجي «البايولوجي النفسي » .فهذا النموذج يربط بين المرض وبين الفرد بكامله ، بين امكانياته البايولوجية والنفسية وبين ظروفه المحيطية التي تتفاعل معها . وهذه الظروف الحياتية تشمل الوضع الاجتماعي للمرض ، كما تشمل غذاء المريض ورياضته وتوتراته العاطفية ، وعاداته ، وهي تشمل ايضا الوسائل الاجتماعية المتبعة للحد من الآثار الناجمة عن المرض . وهذا النموذج للمرض هو الان من اكثر النماذج قبولا في الاوساط العلمية . وفيما يتعلق الامر بالشيزوفرينيا ، فان النموذج يتضمن العناصر الاساسية المكونة للمرض وهي الامكانيات البايولوجية التي تتحقق للفرد بالوراثة او اثناء التكوين ، والعناصر النفسية المستمدة من امكانياته الوراثية من ناحية ، ومن تجاربه الحياتية من ناحية اخرى ، واخيرا بيئته الاجتماعية والتي لها ان تسهل من اتجاهه النهائي نحو المرض .

النموذج السلوكي :

التأكيد في هذا النموذج هو على الطريقة التي يسلكها الفرد في تعامله مع الحياة . ويفسر هذا النموذج المرض العقلي بما في ذلك مرض الشيزوفرينيا بانه بمثابة سلوك غير طبيعي يتعلمه الفرد نتيجة حوادث يعانيها ويكرهها . والمرض في رأي اصحاب هذا النموذج يتحدد في الاعراض السلوكية غير الطبيعية وانه ليس هناك من مرض غير ذلك ، وهكذا فان ازالة الاعراض يكفي لازالة الحالة المرضية . ومن اراء اصحاب هذا النموذج فإن السلوك غير الطبيعي الذي يتعلمه الفرد فانه يحاول الابقاء عليه إما لأنّ له تأثيرا ايجابيا في حياته ، او لانه بذلك يتلافى التأثير السلبي لحوادث حياتية لا يستطيع تحملها او مواجهتها . ويقع ضمن هذا النموذج السلوكي للمرض مختلف نظريات المدرسة السلوكية ، والتي تعود بالاصل الى نظريات بافلوف في التطبع .

النموذج المادي :

هذا النموذج ينظر الى المرض كحيثية مرضية عضوية ناجمة عن اصابة الدماغ او تأثره بفعل مادة او اخرى من المواد التي يمكن ان تخل بوظيفته سواء كانت هذه المادة من داخل الدماغ او من خارجه،وفي الجسم او يتناولها الفرد من الخارج . وهذا النموذج يمكن اعتباره استمرارا للنظريات التي جاء بها ابقراط وجالينوس عن فعل اخلاط الجسم على الدماغ في تكوين المرض العقلي «الملنخوليا» ، وقد تواصل مثل هذا الافتراض بالاعتقاد بان الغدد وخاصة الخصيتين لها علاقة سببية بالمرض . وافترض ايضا بان مواد سامة في الدم من مشتقات الأدرنلين، او توفر عنصر من الغلوبيولين في البلازما او خطأ في الانزيمات يؤثر في صنع وفعالية المرسلات العصبية في الدماغ ، وغيرها من الفرضيات التي سنتناولها بشيء من التفصيل في الفصل الخاص باسباب المرض .

النموذج الوراثي :

وهذا النموذج يعطي تصورا للمرض مبنيا على اساس الانتقال من جيل الى جيل عن طريق

الوراثة ، ومع ان الابحاث حول هذا التصور هي في معظمها حديثة ، الا ان الانتباه الى العامل الوراثي في تكوين المرض ، قد بدأ في زمن الاطباء الاغريق والعرب . وضمن هذا النموذج الوراثي للمرض توجد عدة فرضيات ، منها أنّ الوراثة تتم بفعل جين واحدة ، او انها تتم بفعل عدة جينات ، وهنالك الفرضية بأن الفرد يرث المرض على حاله ، واخرى بأن الفرد يرث فقط الاستعداد للاصابة بالمرض ، وبأن هذا الاستعداد يأتي اما على شكل نقص في الشخصية او اضطراب فكري ، او خطأ في الجهاز العصبي الذاتي ، او نقص في تكامل الخلايا واندماجها ، او توقف او انحراف في دور ما من عمليات الاستقلاب (الميتابولزم) في الدماغ . واتجه البحث في هذا النموذج الوراثي الى محاولة العثور على بينات او علامات كيمياوية او جسمية في وقت مبكر من حياة الفرد لاثبات توافر العامل الوراثي للمرض مثل نقص مادة المونامين او كسديز في اللوائح الدموية والبطء في سرعة وتكرار عملية متابعة هدف متحرك بالعينين وغيرها من البينات .

النموذج النفسي :

يطرح هذا النموذج الرأي بان اعراض الشيزوفرينيا هي اعراض في غالبيتها تقع في المجال النفسي ، وهي لذلك لا يمكن وصفها او البحث فيها الا على هذا الاساس ، وهذا النموذج لذلك يتناول الشيزوفرينيا من زاوية الدينامية النفسية الداخلية للفرد ، ومن زاوية الدينامية النفسية للعلائق الشخصية بين الفرد وغيره . وضمن هذا النموذج توجد عدة نظريات حول الشيزوفرينيا،منها النظر الى المرض كتعبير عن الاختلال في علاقة الفرد مع الاشياء (فرويد)، ومنها ما يجد بأن المرض او بعض حالاته انما ينجم عن عملية نكوص الفرد الى دور سابق في نموه النفسي ، ونظرية اخرى ترد المرض الى خطأ في العلاقات الشخصية وخاصة في ادوار النمو المتعاقبة وضمن النطاق العائلي ، بما في ذلك حرمان الطفل من رعاية وحنان والدته ، وطرق الاتصال المشوشة التي يعامل بها الطفل من والديه ، ولهذه العوامل والتجارب النفسية ان تشوه واقع الحياة بالنسبة للطفل وان توجهه الى خطأ في ادراك الواقع والتعامل معه .

النموذج السلوكي التطبيقي :

ينظر هذا النموذج الى المرض الشيزوفريني بانه حالة مزمنة من الاستجابات الخاطئة لعمليات التكيف والتي يتعلمها الانسان في ظروف وتجارب حياتية معينة ، وبان هذه الاستجابات الخاطئة تسبب تدخلا في عمليات الادراك والتمييز .

النموذج الوجودي ـ الظواهري :

يطرح هذا النموذج الدعوة لمحاولة فهم المرض على اساس الطريقة التي يوجد فيها الفرد ويواجه بها الحياة في عالمه . ويدعو هذا النموذج الى ضرورة القبول بان العالم المرضي للمريض هو عالم حقيقي وبانه عالم آني في جميع ابعاده الزمنية والمجالية وعلاقاته الشخصية . وهذا النموذج يقضي على المعالج بضرورة التلاقي مع المريض في عالمه ، وهي ضرورة لازمة كشرط اساسي للتمكن من اخراجه من هذا العالم .

النموذج اللا ـ عقلي :

يتبنى هذا النموذج اصحاب الحركة المعروفة (باللامرض عقلي) وفيما يتعلق بمرض الشيزوفرينيا فإن هنالك عدة اصناف من هذا النموذج أولها نموذج التسمية وهو نعت كل فرد لا يتلاءم سلوكه مع توقعات او متطلبات المجتمع والذي يقتضي لذلك ازاحته من المجال الاجتماعي . اما النموذج الثاني فهو الذي يرى بأن مرض الشيزوفرينيا هو خرافة ، تسمح للاطباء بالسيطرة على مصائر الغير ممن لا حول لهم . اما النموذج الثالث فهو نموذج يرى بأن الشيزوفرينيا هي حالة من تبدل الوعي تحدث استجابة لمواقف اجتماعية لا يمكن تحملها من قبل الفرد مما يفرض عليه ضرورة التخلي عن وعيه الطبيعي واللجوء الى حالة اخرى من الوعي .

❊

ان هذه النماذج المتعددة والمختلفة في افتراضاتها وفي اتجاه اهتماماتها، لم توصلنا بعد الى الفهم الكافي او الكامل لمرض الشيزوفرينيا،وبالرغم من وفرة الابحاث التي اجريت في موضوع الشيزوفرينيا الا اننا ما زلنا في حاجة ماسة الى المزيد من الابحاث في النواحي السريرية والنفسية والعضوية والكيماوية والوراثية والاجتماعية والتربوية وفي غيرها من المجالات التي يفترض بان لها علاقة بتكوين هذا المرض . وعند تأمل حصيلة ما نعرفه عن هذا المرض حتى الان يتبين لنا وجود فجوات هائلة في معرفتنا لهذا المرض ، فنحن لم نستطع حتى الان تعيين حيثية المرض وتعريفه وتقرير حدوده ، كما اننا ما زلنا عاجزين عن تقرير فيما اذا كان المرض يقوم على اساس خلوي وخاصة في خلايا الدماغ او انه يقوم على أساس خلل في مقومات الشخصية .ففي الحالة الأولى يقتضي البحث في الاسباب العضوية والكيميائية العصبية المسببة لخلل خلايا الدماغ ، والتوصل الى هذا الخلل يضع المرض على مرتبة الامراض العضوية الاخرى ، اما في الحالة الثانية فإن الشيزوفرينيا لا يكون مرضا بل هو اضطراب في نمو الشخصية ولا بد لذلك من البحث في اسبابه طبقا للنظريات المعروفة عن تكوين الشخصية ونموها . ولعل من اهم الابحاث التي تجري حاليا في العالم حول الموضوع من جوانبه المختلفة هي الأبحاث طويلة مدى المتابعة كالتي تجري في الدول الاسكندنافية على الاطفال لآباء او امهات مصابين بالشيزوفرينيا خاصة التوائم المتشابهة ، وتبدأ هذه الدراسات على الاطفال منذ الولادة وتستمر عدة عقود من الزمن وترصد خلال هذه الفترات حالتهم عن طريق اختبارات نفسية ونفسية فيزيولوجية وعن طريق المواجهة وبملاحظة سلوكهم وارائهم الى غير ذلك مما يقتضي متابعته او الكشف عن وجوده .

٣ ـ هل هنالك مرض شيزوفريني؟!

مرض الشيزوفرينيا، هو بدون منافس، اكثر الامراض من جسمية أو عصبية أو عقلية اثارة للحيرة والجدل، وهو أكثرها مدعاة للتأمل والتحليل والتفسير. والسبب في كل ذلك هو اننا، وبالرغم من كثرة المرضى الذين يقعون ضمن مفهوم هذا المرض، لم نستطع بعد التوصل الى اكتشاف السبب الأكيد والواضح له، اضافة الى أن حدود المرض ما زالت غير مقررة عن غيرها من الحالات المرضية الاخرى، ثم ان ما نلاحظه من اعراض وصور مرضية في مريض أو آخر، أو في المريض ذاته بين دور مرضي او آخر، فان فيها من الاختلاف في النوع والدرجة ما يجعل من الصعب جمعه في صيغة مرضية واحدة، ثم ان الكثير من الاعراض التي نعتمد عليها في تشخيص هذا المرض، لها ان تتوفر، وبتجمعات متنوعة وبدرجات متفاوته من الشدة، في حالات عقلية ونفسية مختلفة، وفي انماط معينة من الشخصية. وهذه الاعراض تتضاءل شدة وبصورة تدريجية وغير محسوسة لتتواصل وتتداخل مع ما هو ممكن في التجربة الأنسانية الطبيعية في الظروف الاعتيادية او في ظروف خاصة من الوعي او الأرهاق او الشدة.

ان هذا الواقع فيما يتعلق بالشيزوفرينيا، قد أثار، وما زال يثير الكثير من الجدل حول ماهية هذا المرض، وتعيين اسبابه ورسم حدوده، وهنالك من يذهب الى ابعد من ذلك في أمر جدلية المرض، والى حد تناول الموضوع من أساسه، وهو وجود المرض او عدم وجوده اصلا. فهنالك من طرف اولئك الذين يؤمنون بقناعة بأن المرض موجود فعلاً وبأنه واسع الانتشار، وبانه حيثية مرضية مستقلة وقائمة بذاتها، وهؤلاء هم الاكثرية العظمى من الأطباء والمختصين، والى الجانب الاخر نجد اولئك، وهم قلة من اصحاب الفكر والاختصاص الطبي، ممن لا يقرون بوجود مثل هذه الحيثية المرضية، وبعضهم يذهب الى أبعد من ذلك فلا يقر بوجود الأمراض العقلية كحيثية مرضية مستقلة، وفي رأي هؤلاء هو ان الحيثية الشيزوفرينية بصورة خاصة والأمراض العقلية بصورة عامة، ما هي الا ابتكار اخترع لتبرير حاجات ومواقف معينة، والأمر في نظرهم هو اشبه ما يكون بمسمار جحا اتخذ ذريعة ليخدم اغراضا في نفس صاحبه لا يمكن تحقيقها بدونه. والمتتبع للجدل القائم بين هذين الطرفين المتعارضين، لا بد ان يجد فيه الكثير مما يذكي نار التأمل والفكر والخيال. ومع ان الطرف الأضعف في هذه الجدلية، من حيث العدد والقوة والبرهان، هي الفئة القليلة من معارضي وجود المرض، الا ان غلبة الأكثرية تظل غلبة غير كاملة وغير نهائية، لأنه ما زال يقع عليها عبء اثبات وجود المرض وبيان اسبابه ورسم حدوده، وهي الأمور التي لم تتوصل الابحاث الى تحديدها والبت في امرها حتى الآن.

حركة «اللاجنون»: هنالك قلة من المفكرين والمختصين والباحثين ممن يعارضون قيام الحيثية المرضية الشيزوفرينية بصورة خاصة والمرض العقلي بصورة عامة، ويطلق اسم (اللاشيزوفرينيا) او (اللاجنون) على الحركة التي ينطوي تحتها هؤلاء المعارضون لوجود المرض. وجميع هؤلاء لا ينطقون بلسان واحد او يتخذون موقفا محددا من المرض العقلي او الشيزوفريني، فمنهم من ينفي وجود المرض كليا ومنهم من يرى بان المرض المشخص وقوعه هو اوسع بكثير في شموليته مما يقتضي واقع الأمر، ومنهم من ينظر الى المريض بهذا المرض نظرة خاصة تجعل من المصاب في مرتبة انسانية اسمى مما هو مألوف في مراتب القيم الانسانية، وهنالك من الجدل بين اصحاب هذه المواقف المعارضة لوجود المرض ما لا يقل عن حدة الجدل بين هذه الفئة وبين الذين يقرون بوجود حيثية المرض الشيزوفريني بدون احتراز او تحفظ.

ان من آراء اصحاب هذه الحركة المعارضة بوجود المرض، هو ان مرض الشيزوفرينيا لم يعرف ولم يوصف قبل القرن التاسع عشر، وبانه مرض وصف فقط في الحضارة الغربية الجديدة، وبانه لم يعرف مثيل له في ازمان وحضارات اخرى. ومع ان البعض ينظرون الى هذا المرض كتعبير حضاري اقتضته ظروف معينة في هذه الحضارة، الا ان آخرين يرون بأن هذه الحيثية المرضية وباسم او آخر من الاسماء التي ينعت بها عادة، انما هي حيثية مخترعة، قام بها بعض الاطباء لتحديد مجال اختصاصهم الطبي ولتبرير ممارستهم لهذا المجال. ورأي آخر يتقصى تاريخ اصول المرض الى تلك الفترة المظلمة والقاسية في اوروبا في القرن السابع عشر، والتي بدأت فيها ممارسة حجر مجموعات من المواطنين في مؤسسات او مستشفيات خاصة، وحشر فيها جنبا الى جنب وبدون تمييز المجرم والعاطل عن العمل والمقعد واللئيم واليتيم والمبعد والمتشرد والخارج عن القانون والقواعد الاجتماعية والسفيه والمبذر والعاق والمضطرب في عقله او سلوكه اضافة الى المعارضين في افكارهم للنظم والتقاليد السائدة. وقد تم حجر هؤلاء في الظاهر لدوافع انسانية، بينما كان الدافع الاساسي لذلك هو ابعادهم عن التماس المباشر مع مجال الحياة الاجتماعية الطبيعي، اما لضرورات اقتصادية او اجتماعية او لصالح السلطة المتحكمة في ذلك الحين. ولم يكتم الداعون والممارسون للسلطة دوافعهم الاساسية لاجراءات الحجر الاجتماعي وبأنها كانت تهدف الى تخليص المجتمع من شوائبه وذلك في سبيل خلق المدينة الكاملة. والذي حدث في ذلك الحين هو ان السلطات الدينية قد شاركت السلطات الدنيوية في تبرير هذا الأجراء. والذي حدث بعد ذلك هو ان المجال الطبي قد وجد التبرير الطبي لشرعية وضرورة هذا الأجراء فيما يتعلق بالمضطربين في عقولهم وسلوكهم. ويرى اصحاب الحركة اللاجنونية او اللاشيزوفرينية بان تطوع المؤسسة الطبية في ذلك الزمن وبعده لأسناد وتبرير مثل هذا الأجراء قد كانت خطوة خاطئة وغير اخلاقية، مما جعل من الطب في نظرهم عبدا ان لم يكن مشاركا في عملية التآمر الأنسانية، ذلك لأن الطبيب الممارس لهذا الأجراء قد وضع نفسه في خدمة اعتبارات اجتماعية وقانونية وسياسية واقتصادية لا تمت للطب بصلة. ومن هذه البداية الخاطئة للطب، في نظر اصحاب الحركة، فان الطب العقلي قد واصل مسيرته في المحافظة على هذه الحيثية المرضية العقلية، لا خدمة للعائلة والمجتمع والسلطة والقانون فقط، وانما للأبقاء على هويته ومجال اختصاصه. ويرى اصحاب هذه المدرسة أن الطب النفسي والعقلي قد اتخذ من الأمراض العقلية عامة، ومرض الشيزوفرينيا بصورة خاصة، شعاراً ورمزا له، وان من غير المحتمل ان يتخلى الطب النفسي عن هذا الرمز مهما توفر من الأعتراض على وجوده، وعلى العكس فان الاطباء النفسانيين والعقليين في نظرهم سيواصلون الجهد لتأثيل هذا الرمز وتوسيع صورته ومد حدود شموله عبر حدود أوسع، ذلك لأن مبرر وجودهم يرتبط

بالضرورة بالابقاء على هذا الرمز وتعزيز صورته في اذهانهم واذهان المرضى والمجتمع على حد سواء.

(ميشيل فوكو) M. Foucault :

يعتبر فوكو الرائد الأول في (الحركة اللاجنونية) ، وقد عبر عن آرائه في كتابه المشهور (الجنون والحضارة) ، وهو كتاب يتناول تاريخ الجنون في عصر العقل . وقد كان وما يزال لآراء ميشيل فوكو الأثر الكبير في اثارة وتوجيه المتحمسين (لحركة اللاجنون) في العصر الحالي ، وخاصة من معتنقي المدرسة الوجودية . ومن آراء فوكو قوله :

« ان علينا ان نعود الى تلك الفترة في التاريخ ، الى تلك النقطة الصفر في مسيرة (المجنون) ، ومن بداية مسارها ، ذلك الشكل الآخر والذي يحيل العقل والجنون من ناحية أو أخرى لفعلها وكأشياء ستكون من الآن وصاعداً أشياء خارجية ، صماء لكل تخاطب ، وكأنها ميتة الواحدة نحو الأخرى » ومن آرائه الأخرى قوله « حقيقة الجنون ، هو ما هو الجنون ، وما هو الجنون !؟ انما هو شكل من الرؤيا التي تحطم نفسها باختيارها لنفسها حالة النسيان في وجه الأشكال القائمة من التكتيكات والستراتيجيات الاجتماعية » .

ويقول في مكان آخر من كتابه: «ليس هنالك جنون الا ما هو موجود في كل انسان، ذلك لان الأنسان هو الذي يسبب جنونه بنتيجة التعلق الذي يحمله في نفسه، وبالسراب الذي يداعبه» ويقول أيضاً: « أن التعلق بالنفس هو اول علائم الجنون، وبسبب تعلق الانسان بنفسه فانه يقبل بالخطأ وكأنه الواقع، ويقبل بالكذب وكأنه الحقيقة، وبالقبح وكأنه الجمال او العدالة. . . ان هذا التعلق الواهم للانسان بنفسه هو ما يولد جنونه كالسراب، ورمز الجنون من بعد ذلك سيكون المرآة، والتي بدون أن تعكس اي شيء واقعي، فانها تقدم بالسر الى الفرد الذي ينظر فيها الى نفسه، حلم ما افترضه هو. . . ».

ومن آرائه : « إن الجنون ما هو الا ما وراء الخيال ، ومع ذلك فان جذوره عميقة فيه ، وذلك انه يتكون من مجرد تمكين الخيال من التلقائية ومن الحقيقة الكاملة والمطلقة » . ويقول : « ان اللغة النهائية للجنون هي العقل ، غير ان لغة العقل تتغلف بهيئة الخيال وهكذا فالجنون ليس كليا صورة الخيال ، والتي في ذاتها ليست صادقة او كاذبة ، ولا عاقلة أو مجنونة . . . » .

لانج R. Laing

تأثر لانج وغيره من الاطباء بآراء فوكو ووجدوا في تنويهاته عن فعل العائلة والمجتمع في تكوين (الجنون) ما دفعهم الى المجاهرة بان الناس في عصرنا لا يصابون تلقائيا بالجنون، او الشيزوفرينيا، وانما يد عون الى موقع الجنون من قبل الأخرين، والذين بدورهم قد دفعوا الى موقع دفعهم الى الجنون بنتيجة التقاء عجيب لضغوطات اجتماعية. ومن هذا المنطلق اسس لانج وكوبر وغيرهما الحركة المعروفة بالاجنون او (اللاطب عقلي Antipsychiatry) . ومن آراء لانج وكوبر في هذا الصدد نفيهما لوجود حالة الشيزوفرينيا، واتهامهما للاطباء المختصين وغيرهم في التآمر على بعض الناس بوسمهم بالمرض العقلي. ويقول لانج في ذلك: «ان الشخص الذي يوسم بالشيزوفرينيا فانه يدشن ليس فقط الى دور، وإنما الى مهنة كمريض، وذلك بنتيجة تضافر الفعل بين العائلة، والطبيب العام، وموظف الصحة العقلية والاخصائيين في الأمراض العقلية، والممرضات والباحثات الاجتماعيات في القضايا العقلية، واحيانا من

زملائهم من المرضى . . . ». وفي قول آخر يأتي لانج بالفرضية القائلة بان الشيزوفريني ليس بالمريض، وبانه العاقل، وما المجنون الا المجتمع الذي يسميه بهذا النعت. ويقول لانج في ذلك: « ان كل من قام بدراسة دقيقة لعائلات المرضى بالشيزوفرينيا فانهم يتفقون بان بعض او حتى كل ما يظهر من اللاعقلانية للفرد، فانه يجد عقلانيته في السياق الاصلي لعائلته، وعندها فان العائلة ككل تبدو لا عقلانية». وهو يتهم المجتمع ايضا بتسبيب المرض العقلي ويقول: «ان المجتمع يضع قيدا ضيقا من ضرورة التوافق يقيد به كل طفل يولد، واثناء هذه العملية فانه يتم نهب امكانيات الفرد». ويرى لانج في مرض الشيزوفرينيا ما لا يراه غيره، فهو يقول بان المريض الذي يسمى بانه شيزوفريني « . . ما هو في الواقع الا فرد لم يستطع اخماد غرائزه الطبيعية من اجل ان يتمكن من أن يتوافق مع مجتمع غير طبيعي» ويقول في ذلك أيضاً: «وبدون استثناء، فان التجربة او السلوك الذي يوسم بانه شيزوفريني انما هو ستراتيجية خاصة يخترعها الفرد لكي يستطيع العيش في وضع لا يمكن العيش فيه» وهو يرى بأن ما يسمى بالجنون ليس هو فقط تجربة صالحة، وانما يجد فيه ايضا عملا بطوليا، وهو يجد في الشيزوفريني بطلا، وفي حالته فضيلة ايجابية، وبانه فرد متحرر من كوامنه، وهو لا ينعت بالمرض من المجتمع الا بسبب خروجه على سلطة المجتمع وما فيه من بيروقراطية، وما الجنون الحقيقي في نظره الا جنون السلطة والوالدين. ومن آرائه الهامة الأخرى ان كل علاقة للفرد تعني تعريف النفس لذاتها عن طريق التماس مع الآخرين، واذا كانت الصفات التي يعطيها لها الغير هي صفات متضاربة، فان النفس تصبح عندئذ في موقف حرج ولا يطاق، ويمكن لها ان تنهار بسبب ذلك . ويلخص لانج بعض فرضياته عن الشيزوفرينيا ودور العائلة والمجتمع في اختراع هذه الحيثية والتي يرفض هو الاعتراف بها كحيثية مرضية فيقول في كتابه (سبات العائلة) : « ان فكرة الشيزوفرينيا هو حزام مقيد للطبيب العقلي وللمريض ، وبنزع هذا الحزام المقيد،فإننا نستطيع ملاحظة ما سيحدث،فقد امكن في مجال عدم السلوك ان نرى بأن سلوك الحيوانات وهي في الأسر لا يعطينا افادة يعتمد عليها عن سلوكها في الظروف الطبيعية . ان كل حضارتنا الحالية قد تكون في حالة الاسر ، غير ان الملاحظات التي اعتمد عليها علماء الامراض العقلية والامور النفسية قد استمدت كلها تقريبا في حالة من الأسر الثنائي او الثلاثي . ان الانسان لا يحتاج دائما الى قضبان لقفصه ، فالأفكار قد تكون اقفاصاً ايضا . ان الابواب تفتح في مستشفيات الأمراض العقلية كلما صارت القيود الدوائية الكيماوية اكثر فعالية ، غير ان الابواب في عقولنا هي اكثر الابواب صعوبة للفتح . لقد قال ماركس « في جميع الظروف فإن العبد له بشرة سوداء ، ولكنه فقط تحت ظروف اجتماعية واقتصادية معينة يكون عبدا » وتحت جميع الظروف فقد يصاب الانسان ، او يضيع نفسه ، وعليه ان يستدير وان يسير طويلا حتى يجد نفسه ثانية ، وهو فقط في ظروف اجتماعية واقتصادية معينة ، سيعاني من حالة الشيزوفرينيا » .

كوبر

اما الدكتور كوبر Cooper وهو شريك لانج في تكوين الحركة المضادة للأمراض العقلية، فهو يتخذ مواقف مماثلة لزميله لانج ، ويرى في (الجنون) الأساس الحيوي للحقيقة التي تكمن في وعينا الخاص عن ماهيتنا. ويوجه كوبر، حاله حال لانج، اتهامه للعائلة، ويحملها مسؤولية دفع الفرد الى الابتعاد عن مجرى العقلانية، وهو يدعو الى نهاية للعائلة، ويقول في الفصل الأخير تحت عنوان (وصيتي وعهدي الأخير) من كتابه : (موت العائلة) ما يلي عن هذه الدعوة: «ان الوقت لكتابة وصيتنا وعهدنا الأخير هو الان، وهنالك

فقط فقرة واحدة فيها والتي هي ضرورية ومستعجلة ، وهي أن لا يترك أي شيء للعائلة . ان الامهات والآباء والاخوات والاخوان والابناء والبنات، والازواج والزوجات، كلهم قد ماتوا قبلنا، وهم ليسوا باولئك الذين يترك لهم الانسان اي شيء من نفسه، او أن يترك منهم اي شيء وفي اي مكان ما في نفسه. ان دم القربى قد سفح وجرى في اقنية شوارع ذوي القربى في الضواحي، ان عصر الأقرباء قد انتهى، ذلك لأن القريب قد غزا النقطة المطلقة في مركز حياتنا، ونحن سنفعل مثله ما لم نحقق هذه الوصية تماما، ودعونا نأمل بأننا في نهاية حياتنا وبيأس هزم في النهاية. فانه سيبقى لنا حب هائل. ولو مهشم، لكي نخلفه، وعندئذ دعونا نترك هذا لكل الرجال والنساء والاطفال. انني سأفعل » .

ساز Thomas szasz

ساز هو من اكثر الرافضين لفكرة المرض العقلي بصورة عامة ومرض الشيزوفرينيا بصفة خاصة، مع أنه اخصائي متمرس في الأمراض العقلية. وهو في تشدده وتشبثه بهذا الرأي فانه اقرب ما يكون لآراء فوكو، كما انه يهاجم لانج وكوبر رائدي الحركة اللاعقلانية لأنهما في نظره بينما هما ينفيان وجود المرض الشيزوفريني، الا انهما يعالجان المريض كمريض، وبينما يفترضان مرض العائلة والمجتمع لا المريض نفسه، الا أنهما لا يعالجان الا المريض فقط.

ان ساز ينفي ان تكون الأمراض العقلية موجودة، لأنه لا يمكن اثبات وجود مرض الشيزوفرينيا في جسد المتوفى من افتراض وجود المرض في حياته، كما هو الحال في التهاب الرئة مثلا. وفي رأيه ان الأخصائيين في الأمراض العقلية قد اخترعوا واصطلحوا الشيزوفرينيا واتخذوا منها شعارا ورمزا لمهنتهم، وان من غير المتوقع ان يتخلوا عن هذا الرمز الذي يحقق هويتهم ويثبت كيانهم الخاص في مجال الطب، وهو يرى بأن مقام وسلطة الأطباء العقليين قد تزايدت نتيجة تحديدهم لمناطق واسعة من الحياة واعتبارها ضمن حدود اختصاصهم وتملكهم.

لقد عبر ساز عن آرائه العنيفة والرافضة للمرض العقلي وللشيزوفرينيا في كتابه (اسطورة المرض العقلي والشيزوفرينيا) . فاعراض الشيزوفرينيا بالنسبة له ما هي الا اختلاقات تعتمد لأغراض متعددة ، ولكنها بالأساس قد اختلقها الاطباء ، وبأن بعض الأطباء يعتنقون نظريات في الديناميكية النفسية تجيز لهم اعتبار جميع محن الانسان بأنها امراض . ومن اقوال ساز اللاذعة والجريئة حول موضوع الشيزوفرينيا نقتطف ما يلي :

«ان الجنون، هو حالة صنعها اطباء مجانين، وبتعبير آخر، فان علم الأمراض العقلية يخلق الشيزوفرينيا ، او بصورة اكثر دقة فان الاخصائيين بالامراض العقلية يخلقون الشيزوفرينيا . . واذا لم يكن هنالك فرع للأمراض العقلية، فلا يمكن ان يكون هنالك شيزوفرينيا» وقوله: «ان مرض الشيزوفرينيا يعرف بصورة مبهمة بحيث يمكن بالواقع تطبيقه على أي نوع من السلوك لا يقره المتحدث» وقوله: «ان الشيزوفرينيا ستظل المشكلة المركزية لموضوع الأمراض العقلية، ما دام المجتمع يسند ذلك النوع من المداخلات، والتي تعرف الآن بانها مداخلات علاجية للمرض، والتي تفرض على اناس شخصوا بانهم

مصابون بالشيزوفرينيا. وهذه المشكلة ستتوقف عن كونها مشكلة عندما يسحب المجتمع اسناده لهذه المداخلات وللمؤسسات التي تروج لها والتي تجني الربح عن طريقها».

ان المقتطفات التي اوردناها، ومثلها كثير، من اقوال وآراء المعارضين والمنتقدين او الرافضين كليا لمبدأ وجود المرض العقلي بشكل عام، والشيزوفرينيا بشكل خاص، في معظمها تنطلق من عاطفة رومانطيقية حول الأنسان ووضعه في عالمه، غير انها لا تحمل البينة الكافية، حتى في ادنى حدودها لنفي وجود المرض العقلي، بما في ذلك الحالات التي يصطلح عليها في الوقت الحاضر بانها مرض شيزوفريني. غير ان هنالك بعض المنطق في بعض هذه الاراء مما يصعب او يتعذر دحضه كليا، وهو ما يجعل بعض الآراء الواردة موضوعا مثيرا للجدل، وما يضع الاطباء المختصين في بعض الاحيان في موقف الاتهام الذي يقتضي تبريره او نفيه. ونحن اذا اخذنا الموقف من جميع نواحيه بما في ذلك العمليات التشخيصية والعلاجية للمرض وفي جميع ادوارها والقائمين عليها، فاننا لا بد أن نقر بأن هنالك الكثير مما يؤخذ على هذه العمليات وطريقة التوصل اليها والقيام بأدائها. وهنالك امثلة كثيرة من سوء التدبير والحكمة وقلة الخبرة مما يؤخذ على مهنة الاختصاص بصورة عامة سواء تمثل ذلك بالسرعة في التشخيص او الحماس في وسم الفرد بالمرض، او تعيين اسبابه وطرق علاجه وقد عبر عن هذا الموقف الدكتور (كندل Kendall) احد كبار الاخصائيين في انجلترا بقوله:

« ان مما يجدر تأمله هو فيما اذا كانت المحاولات التي نشاهدها في الآونة الأخيرة للتشنيع بفكرة المرض العقلي، ما هي الا رد فعل يتساوى مع الادعاءات السخيفة التي تبنيناها من ان كل تعاسة وكل سلوك غير مرغوب فيه هي مظاهر لمرض عقلي » .

ان هذا القول يمثل تحسسا في الأوساط الطبية العقلية المختصة وغير المختصة بان هنالك تجاوزا في بعض النواحي على الحقائق العلمية، وبأن الأطباء قد اتخذوا لأنفسهم وعلى عاتقهم مسؤوليات واسعة في التشخيص والعلاج مما له ان يتجاوز الحدود المعقولة والمشروعة لهم. وهنالك بسبب ذلك دعوة جادة ومتواصلة تهدف الى ضرورة اصلاح الخطأ، وهو الأمر الذي يصعب تحقيقه بشكل معقول وبدون الالتزام بقواعد تشخيصية يتم الاتفاق الاجتماعي عليها، -وهو ما يصعب تحقيقه بصورة عادلة وعلمية قبل التوصل الى تحديد واضح لمفهوم المرض ولأسبابه، وهي الأمور التي ما زالت بعيدة عن التحقيق. والى ان يصبح ذلك ممكنا، وفي كل حالة مرضية، فسيظل (مرض) الشيزوفرينيا مرضا لا كغيره من الأمراض، يحيط به من كل جانب علامة كبيرة من الاستفهام والغموض . وقد ينجلي الاستفهام والغموض يوما باعتبار «المرض» مجرد مقياس لمقدرة الفرد على التكيف والتعايش مع ظروفه وواقعه، وهى مقدرة تتقرر بطبيعته البايولوجية ، وهي طبيعة وراثية في معظمها ، كما تتقرر الى حد ما بطبيعة المحيط والتجارب والظروف الحياتية التي تواجهه في الحياة،ولما كان مثل هذه المقياس فرديا في كل انسان، فانه سيكون من المتعذر جمعه في حيثية مرضية واحدة تشمل جميع الناس وجميع الحالات.

٤ - الشيزوفرينيا من بين الأمراض

منذ أقدم الأزمان صنف الناس الى فئتين، السليم في عقله والذي اعتبر فردا طبيعيا، والمريض في عقله، والذي اعتبر ممسوسا بروح شريرة، وفي الحالة الأخيرة لم يكن هنالك فرق بين ما هو جسمي، او ما هو عقلي من الأمراض، ذلك ان اسبابها واحدة وتعود الى فعل القوى الخارقة في الطبيعة، كما لم تكن هنالك حاجة الى تصنيف المرض الى انواع، وانما فقط لتصنيفها طبقا للقوة الخارقة التي تكمن وراءها، او التي تملك القوة على احداثها او ازالتها. وفي وقت ما من الحضارة الأغريقية صنفت الأمراض العقلية الى اصناف معينة منها الميلانخوليا والمانيا والهستيريا والبارانويا ،كما شخصت الحالات المرضية النفسية. وفي الحضارة العربية الاسلامية قسم الاطباء العرب الأمراض العقلية الى اصناف تسعة، ويعتبر هذا التصنيف اول واوسع محاولة علمية لتصنيف الأمراض العقلية على اساس سريري وسببي. كما انهم وسعوا من مفهوم الأمراض النفسية وتوصلوا الى ادراك الاسس الهامة التي يستند عليها مفهوم هذه الأمراض في هذا العصر. وفي العصر الحديث جرت محاولات تصنيفية عديدة للأمراض النفسية والعقلية، واعتمدت هذه التصانيف اسسا مختلفة منها ما هو سريري ومنها ما هو سببي من نفسي او عضوي ومنها ما جمع بين هذه الاسباب والأسس. وقد ادركت منظمة الصحة العالمية الحاجة الماسة الى تصنيف واحد يؤخذ به ويطبق في شتى اقطار العالم، فوضع التصنيف العالمي لهذه الأمراض عام ١٩٧٥ وهو يتضمن ١٨٩ حيثية مرضية. واخيرا قامت الجمعية الأمريكية للطب النفساني بوضع تصنيفها الثالث عام ١٩٨٠ وهو يشتمل على ٣٥ صنفاً رئيسياً من هذه الأمراض وكل واحد منها يتضمن عددا من الاصناف الثانوية والتي تشتمل في مجموعها على ٢٢٩ صنفا. هذا وهنالك الى جانب هذه الاصناف محاولات تصنيفية اخرى يؤخذ بها من قبل بعض الاطباء والبلدان، وهذه كغيرها من التصنيفات في تغير مستمر، وهو واقع له ما يبرّره بالنظر الى ان الحالات المرضية المختلفة تحتوي اعراضا مشتركة في الكثير من الحالات مما يجعل من الصعب عزل كل حالة منها في حيثية مرضية ثابتة ومستقلة. ثم ان اسباب الكثير من حالات المرض العقلي او النفسي ما زالت غامضة وهو واقع له ان يمنع من اعتماد اصناف مرضية ثابته لها حدودها واعراضها واسبابها المميزة لها. ولهذا فان التصنيف النهائي لهذه الأمراض ما زال بعيدا ولا بد له ان ينتظر جلاء كنه الأمراض النفسية والعقلية وتعيين اسبابها وهو امل ما زال بعيدا عن التحقيق.

*

هنالك اليوم من يتناول الأمراض على اسس تصنيفية مبسطة، تماما كما فعل الانسان القديم ،وذلك بوضع الفرد في احدى خانتين، فهو اما سليم وطبيعي واما مريض في عقله ولا فرق هنالك بين ما هو نفسي او عقلي من الأمراض. ويبرر هذا التصنيف هو اننا في الكثير من الاحيان لا نستطيع التفريق بين ما هو حالة نفسية وما هو حالة عقلية من الأمراض، ومن ان كلتا الحالتين تعبران عن اضطراب الحياة العقلية في الانسان، كما انه يصعب علينا التفريق في الكثير من الأحيان بين مرض عقلي ومرض عقلي آخر، مما يجعل محاولة التصنيف الى انواع مجرد تأكيد وتعبير عن هذا العجز. وهنالك من يأخذ بمحاولة تصنيفية اكثر تمشيا مع المفهوم المعاصر لحياتنا العقلية وذلك بتصنيف الحالات المرضية الى فئتين رئيسيتين: الاولى هي الفئة النفسية والتي تشمل الانفعالات النفسية واضطرابات الشخصية ،اما الفئة الثانية فتشمل الامراض العقلية،

وهذه الفئة الأخيرة تشمل بدورها الحالات المرضية العضوية والناجمة عن اسباب مادية عضوية تؤثر في الدماغ من خارجه او من جوهره، كما تشمل الحالات المرضية «الوظيفية» والتي لم تكتشف لها اسباب حتى الان والتي يطلق عليها عادة مصطلح «الامراض العقلية غير العضوية، او الامراض العقلية غير معروفة السبب، او الامراض العقلية الوظيفية»،وهذه المجموعة من الأمراض تتضمن الحالات المرضية التالية وهي: (١) الشيزوفرينيا، (ب) البارانويا، و (ج) الحالات العقلية المزاجية (الكآبة والمانيا). ولعل مما يسهل ادراك موقع مرض الشيزوفرينيا من بين الأمراض: نفسية كانت او عقلية، عضوية او غير عضوية هو ان نتناول هذه الحالات كلها بشيء من التفصيل لعلنا بذلك نستطيع تقرير هذا الموقع او على عكس ذلك امتناع هذا التقرير ،وفي الحالتين فانه لا بد لنا من ان نبدأ بتقرير من هو الطبيعي ومن هو غير الطبيعي بين الناس.

الطبيعي بين الناس:

إن من المفارقات الجديرة بالتأمل هو ان الطب جسميا كان او عقليا يجد صعوبة اعظم في امر تقرير من هو طبيعي من بين الناس، منه في تقرير من هو غير طبيعي في اي من المجالين الجسمي او العقلي، ولعل الذي يفسر هذه الظاهرة هو ان الاطباء قد تهيأوا بالدراسة والخبرة نحو تشخيص الفرد غير الطبيعي وليس على تشخيص الفرد الطبيعي. وبسبب هذا الواقع فان معظم الوسائل الطبية التشخيصية قد توجهت نحو اكتشاف الشخص غير الطبيعي وتعيين المجال الذي يقع فيه اضطرابه،وكان من نتائج هذا التوجه الطبي نحو المرض ان اصبح من الصعب علينا وضع مواصفات معينة لمن هو طبيعي من بين الناس. ومع ان الطب قد تخلى منذ البداية عن هذه المهمة،الا ان مجالات اخرى من المعرفة قد تناولت هذا الموضوع بكثير من الحماس والاهتمام. ومن الذين عكفوا على دراسة الشخص الطبيعي هم الفلاسفة الذين اهتموا منذ البداية بسلوك ومشاعر وخيالات الشخص الطبيعي .وفي هذا القرن توجه الكثيرون نحو هذه الدراسة ومن جوانب مختلفة من البحث ومن هؤلاء علماء الانثروبولوجيا، والاخصائيون في علم النفس الاجتماعي وعلم نفس الاطفال والمحللون النفسانيون وعلماء الاختبار النفسي. ومع وفرة الابحاث في هذا الموضوع فانه ما زال من الصعب الاتفاق على تعريف محدد لمن هو طبيعي او تعيين الصفات التي يقتضي توفرها فيه لكي يعتبر كذلك .ولعل مصدر هذه الصعوبة هو في ان الانسان يحمل من السمات ما لا يمكن حصره،كما ان لكل سمة يحملها من درجات القوة او الضعف ما لا حد له من التفاوت في القدر،ثم ان الكثير ان لم تكن معظم الخصائص النفسية المقررة لسلوكه وتفكيره وعاطفته، هي خصائص غير ظاهرة ولها بذلك ان تعصى على وسائل البحث والاختبار، واخيرا فان الحكم على اي انسان هو بالضرورة حكم جزئي يتحدد بالظرف والبيئة المعينة التي يعيشها وبالمرحلة الزمنية من حياته التي يمر بها، وباللحظة الراهنة والعابرة والتي يقع فيها تحت الملاحظة. ولهذا كله فسيظل من المتعذر على الباحثين التوصل الى تعيين نموذج ثابت ودائم لمن هو طبيعي في الحياة،وحتى لو امكن وجود هذا النموذج، لنبين بانه من الندرة التي لها ان نجعل منه نموذجا شاذا لا مثيل له بين الناس. ومع هذه الصعوبة فان الباحثين قد وضعوا بعض التعاريف المفيدة لما هو طبيعي، ومع ما يتوفر في هذه التعاريف من قيمة تشخيصية، الا انها في مجملها تعاريف جامدة، وتتناول الانسان في حالة ثبات واستقرار. ولا تتناوله في حالات الحركة والتغير،وهي الحالات الاكثر دلالة على امكانياته وطبيعته.وفيما يلي بعض التعاريف التي اعطيت لوصف من هو طبيعي.

١) الطبيعي هو الشخص السليم :

هذا التعريف له ان يؤدي بنا الى حلقة مفرغة، اذ يقتضي علينا ان نعرف من هو السليم، واذا كانت هذه السلامة تتحدد في الخلو من المرض الجسمي او النفسي او العقلي او كلها. ان هنالك من يكتفي بالسلامة في ان الفرد لا يكون سايكوباثيا، وان يكون خاليا من الأعراض والعلامات المرضية، وان لا يكون مريضا عقليا. وهذا التعريف على فائدته، لا بد ان يثير السؤال عما يكون مرضا عقليا وعن مفهوم السلامة العقلية او المرض العقلي وعن الفرق بين الحالتين. ولهذا التعريف ان يدفع الى التساؤل عن الشخص الذي يملك حق تشخيص الحالة الواحدة او الاخرى، خاصة وان الطبيب المختص قد استحوذ على هذه الصلاحية في الحكم على من هو السليم ومن هو المريض عقليا في الوقت الذي يبدو فيه الطبيب قليل الاهتمام وبالتالي قليل المعرفة بالشخص الطبيعي وذلك ضمن الحدود الشخصية والعائلية والاجتماعية والحضارية. واخيرا فانه يقتضي الاجابة عن التساؤل فيما اذا كانت الصحة العقلية الطبيعية هي مجرد خلو الفرد من الاعراض والعلامات الظاهرة للمرض العقلي؟ او ان هذه الصحة العقلية الطبيعية تقتضي مثل هذا الخلو، ذلك ان هنالك من يرى مثل باسكال بان الانسانية هي بالضرورة «مجنونة» وان نجد شخصا ما بانه عاقل، «ما هو الا نوع آخر من الجنون».

٢) الطبيعي كمثالية « يوطوبيا » :

هذا المنظور للشخص الطبيعي يصور الانسان في اسمى حالاته التي لا مثيل لها في واقع الحياة. وقد عبر فرويد عن مثل هذا المنظور بقوله: «ان الذات الطبيعية هي كالطبيعية بصورة عامة: خيال مثالي». ووجد آخرون بان هذه المثالية تمثل «القالب الذي يحوي الوظائف العليا المتكاملة» او انها تمثل «المقدرة على تحقيق الامكانيات الذاتية» ومن الواضح ان هذا المنظور لما هو طبيعي هو منظور حضاري ولكل حضارة مستوياتها ومثلها.

٣) الطبيعي كمعادل وسط :

هذا المنظور لما هو طبيعي هو منظور حسابي واحصائي، يجعل من الوسط بين الطرفين ما هو طبيعي، ويجعل من الطرفين المنحرفين عن هذا الوسط ما هو غير طبيعي. ويعتبر شكل المنحنى الجرسي نموذجا لهذا التوزيع الحسابي الاحصائي. ويقضي هذا المنظور بان الانسان لكي يكون طبيعيا فانه يترتب ان يكون سلوكه مماثلا لسلوك الأغلبية في المجتمع الحضاري الذي يعيش فيه. ومن شأن الاخذ بهذا المنظور ان نسلم بان ما من احد يمكن الحكم بانه سوي او طبيعي في ذاته وبدون الرجوع الى ما هو وسط وبالتالي طبيعي في المجتمع والمحيط الذي يعيش فيه.

٤) الطبيعية كنظام تعاملي :

هذا المنظور يؤكد على العمليات والتغييرات وليس على تعريف ما هو طبيعي. ويشمل هذا المنظور عدة نواح، منها ما هو بايولوجي ومنها ما هو نفسي او اجتماعي اضافة الى القضايا الاقتصادية والسياسية والحضارية والصحية، وكلها امور ذات اثر في عمليات النمو، فكلها تساهم كمتغيرات في تكوين اي نظام تعاملي عبر الزمن، ولهذا يقتضي استقصاء ظهور وفعل هذه المتغيرات عبر مراحل نموها زمنيا، وهذا المنظور

التعاملي يؤكد على ان السلوك الطبيعي هو حصيلة انظمة متفاعلة ،وبان التغييرات الزمنية لازمة للتعريف الكامل لما هو طبيعي .

ان هذه المنظورات الاربعة غير عازلة الواحدة منها للأخرى، وهي غير مستقلة الواحدة منها عن غيرها . وهنالك من يضيف لهذه المنظورات،كمن يجد بان الطبيعي هو ذلك الذي يحمل تقديرا لنفسه وله صورة واثقة وهادفة عن نفسه . ومنهم من يشترط ان يقوم الفرد بعمل وان يجد قناعة بعمله ، وان يكون قادرا على حب شخص واحد على الاقل غير نفسه ، لكي يكون طبيعيا . ومن المنظورات الاخرى هي ان الشخص الطبيعي هو ذلك الذي يتمتع بحالة يتوافر الاجماع العلمي والمهني على وجودها في الفرد . ومن الجلي ان مثل هذا الاجماع يكاد يكون امرا مستحيلا بالنظر لأننا ما زلنا نفتقر الى البينات العلمية الكاملة عن الانسان في حالته الطبيعية . وهنالك من يرى بأن مثل هذه الحالة الطبيعية لا يمكن توفيرها في حياة الانسان اينما كان ، ذلك ان الانسان يعيش بالضرورة في ظروف غير طبيعية ، وبأن عليه التكيف معها ، وبصورة غير طبيعية ، فهو لذلك غير طبيعي بضرورة هذه الحاجة . ويرى اصحاب هذا الرأي بأن الفرد هو طبيعي فقط ، وهو في بطن امه عندما يعيش محيطا ثابتا ومستقراً ، وهو حتى في هذا المحيط فانه عرضة للمتغيرات المحيطية التي تتعرض لها امه الحامل به . وهي المتغيرات التي من طبيعتها ان تكون بعيدة عن الثبات والاستقرار ، وبالتالي فهى غير طبيعية .

ان هذه المنظورات والمفاهيم لما هو طبيعي تجعل من الصعب التوصل الى مفهوم ثابت وموحد ومتفق عليه حول من يتمتع بهذه الحالة . وتنعكس هذه الحقيقة في ان الاطباء والذين اخذوا على عاتقهم مسؤولية التفريق بين ما هو طبيعي بين الناس وما هو غير طبيعي في الحياة العقلية ، يجدون صعوبة كبيرة في تقرير من هو الطبيعي بين الناس ، بينما يجدون بأن الاسهل عليهم بكثير تعيين غير الطبيعي بينهم ، وهو واقع يتضمن الادراك بأن ما من انسان يمكن اعتباره طبيعيا ، وان الأصل هو عدم الطبيعية في الانسان . ان المسألة هي مسألة نسبية تقاس فيها درجة الانحراف عما هو طبيعي ولكن بدون الانطلاق من نقطة معينة لهذا الانحراف .

المريض نفسيا :

كما ان هنالك صعوبة في تعريف وتقرير ما هو ومن هو، طبيعي ، فان هنالك صعوبة مماثلة في تعريف وتقرير ما يكون مرضا او مريضا نفسيا.وهنالك عدة محاولات تعريفية للمريض نفسيا وكلها تقصر عن الاحاطة بالخصائص الاساسية للمرض النفسي،ذلك ان هذه الخصائص تقع في مجال الحياة الداخلية للفرد،وهو مجال يتعذر اخضاعه للملاحظة والبحث الموضوعي.ومن التعاريف الواردة للأمراض النفسية التعاريف التالية :

اولا : ان الأمراض النفسية هي الحالات الاخف والابسط من اضطراب الحياة العقلية .

ثانياً: ان المريض النفسي هو الشخص الذي يتسم بالنقص الكمي في مقدرته على التكيف على العالم الخارجي من ناحية ،وعلى عالم حياته النفسية الداخلية من ناحية اخرى .

ثالثاً: المريض نفسيا هو الذي يعاني من حالة بينة من القلق مع مظاهر سلوكية غير مجدية ، مع احتفاظه بالمقدرة على التحسس بمحيطه وبواقعه .

رابعاً: هنالك من يشترط بان المريض النفسي مهما كانت شكواه فانه لا يعاني من اوهام او هلاوس، كما انه لا يعاني من اي نقص في مقدرته على اختيار الواقع.

خامساً: من التعاريف الشاملة للمرض النفسي، هو انه حالة من اضطراب الحياة العقلية وبانه يتصف بصورة اساسية بشعور القلق وهو الشعور الذي يحس به الفرد في وعيه ويشكو منه واما يسيطر عليه بصورة غير واعية ويعبر عنه عن طريق اعراض مرضية.والمريض في هذه الحالة لا يعاني من اي تشويه واضح للواقع، او من انحلال شديد في الشخصيةمع انه يمكن للأعراض التي يشكو منها المريض ان تؤثر في حياة المريض وفعاليته. ويقتضي لهذه الحالة لكي تشخص بانها نفسية ان لا تتوفر لها اسباب عضوية.

*

ان هذه التعاريف وغيرها للمرض النفسي والمريض نفسيا، لها ان تدلل على آننا ما زلنا قاصرين عن ادراك كنه وخصائص المرض النفسي. وللمتأمل ان يذهب الى ابعد من ذلك وان يتشكك اصلا في وجود مثل هذه الحيثية المرضية ومن انها ان كان لا بد من هذا الوجود فانها لا تتعدى مجرد التعبير عن درجة التنوع الكمي والكيفي في عمليات تكيف الفرد مع محيطه وفي اللحظة التي تقتضي هذا التكيف.

ان الباحثين في موضوع الأمراض النفسية يصنفون هذه الأمراض الى حالات سريرية معينة كما ان بعضهم يعطي نظريات سببية معينة لقيام صنف او آخر من هذه الاصناف. وليس هنالك من دليل على ان هذه الاصناف او الاسباب المفترضة لها تكون في الواقع حيثيات مرضية محدده كما انه لا يتوفر حتى الان اي اختبار او اية اعراض تفرق بصورة قاطعة بين الفرد الطبيعي وبين الفرد المضطرب او المريض نفسيا. ولعل شكوى المريض هي الدليل الوحيد على وجود هذا الاضطراب غير ان انعدام هذه الشكوى لا يعني بالضرورة عدم وجود هذا الاضطراب او المرض،كما ان الشكوى ذاتها لا تفرق بالضرورة بين الفرد الطبيعي وبين الفرد الذي لا يعاني من هذهالشكوى،وهكذا فان الاضطراب النفسي ما هو الا تعبير عن تأمل الفرد لذاته ومقياس لمقدرته على تحمل حصيلة هذا التأمل،ومن هذا المنطلق فإن كل فرد طبيعي يحمل في ذاته بعض مظاهر الاضطراب النفسي،ولهذه المظاهر ان تظهر في شعوره في فترة او اخرى وله ان يتقبل او يتحمل هذه المظاهر وله انينوء بها ويتشكى من وطأتها.

ان التفاوت بين الناس في درجة ونوعية ما يتحسسونه من مشاعر نفسية وفي الطريقة التي يعبرون فيها عن هذه المشاعر،قد فتح الباب واسعا لظهور العديد من اصناف الاضطرابات النفسية والى ظهور ما لا حصر له من النظريات عن اسباب هذهالاضطرابات .ولما كنا ليس في معرض البحث في موضوع الأمراض النفسية،فانا نكتفي فقط باعطاء مختصر للحالات النفسية والتي تشمل عادة الاضطرابات المسماة بالاضطرابات العصابية واضطرابات الشخصية والاضطرابات السلوكية وهذه هي:

(١) الاضطرابات العصابية وتشمل: (القلق والفزع والافكار التسلطية والكآبة النفسية والهستيريا والتحول العصبي والوسواس المرضي وغيرها من الحالات). وهنالك من يجمع هذه الاصناف المرضية في حيثية مرضية واحدة وهي القلق .ذلك ان القلق في رأيهم هو العنصر الاساسي في جميع هذه الحالات المرضية والتي تعتبر كمحاولات للتعبير عنه او التعايش معه او التخفيف منه او التغلب عليه.

(٢) اضطرابات الشخصية وتشمل: (الشخصية البارانوية (الشكاكه): والمزاجية والشيزية، والانفجارية والهستيرية والنحيلة والسايكوباثية واللااجتماعية، والتسلطية الالزامية). وهذه الأنماط المختلفة من الشخصية لا تختلف بصورة جذرية عن انماط الشخصية الطبيعية الا من حيث الدرجة التي تظهر او تغلب فيها سمة شخصية طبيعية على غيرها من سمات الشخصية الاخرى.

(٣) الاضطرابات السلوكية وهي تشمل العديد من الحالات والتي تمثل انحراف الفرد نحو سلوك او آخر مما يزيد على ما هو مقبول اجتماعيا منها. وتشمل هذه الاضطرابات: (الانحرافات الجنسية المختلفة، والاعتماد على المسكرات والمخدرات والعقاقير واساءة استعمال جميع هذه المركبات بدون ضرورة الاعتماد عليها والاضطرابات السلوكية في الاطفال والاحداث.

(٤) الانفعالات الجسمية الناجمة عن عوامل نفسية.

(٥) ردود الفعل الناجمة عن الاجهاد، او الناجمة عن محاولات التكيف على مواقف طارئة او جديدة.

*

بعد عهد طويل يقارب القرن من الزمن، والذي ظهر وازدهر فيه مفهوم النفس والامراض النفسية فانا نشاهد الان ردة قوية تعارض وجود حيثية مرضية نفسية وبالتالي تعارض في تشخيصها، غير ان هنالك بعض الاخصائيين ممن ما زالوا يتشبثون بهذه الحيثية بينما آخرون غيرهم اما يحتفظون بالمعنى الوصفي لهذه الأمراض او يضمنون هذا المفهوم العمليات السببية. ويتلخص الموقف الحالي من موضوع الأمراض النفسية هو انها حالات من الاضطراب في الحياة العقلية والتي يكون فيها الاضطراب الغالب هو عارض او مجموعة من الأعراض المؤلمة للفرد والتي يشعر بانها غريبة عنه وغيرمقبولة، والتي لا يصاحبها تغيير كبير في مقدرة الفرد على امتحان الواقع. اما السلوك فانه لا يخرق بصورة فعالة انماط السلوك المتعارف عليها اجتماعيا وان كان للحالة المرضية ان تؤثر جذريا في الأعمال الوظيفية للفرد. ومن طبيعة هذه الحالات ان تتواصل بصورة نسبية او ان تعاود الرجوع، كما انه لا يتوفر لها اي سبب عضوي. وهذا المفهوم للأمراض النفسية وما يقع ضمنها من اضطرابات في الشخصية والسلوك يمكن اعتباره نذيرا بقرب افول المرحلة النفسية في تاريخ الطب وهي المرحلة التي بدأها فرويد في نهاية القرن الماضي وازدهرت بعده بفضل اتباعه ومريديه وغيرهم من اصحاب المدارس والنظريات النفسية.

الحالات الحدودية :

الحالات الحدودية، والتي تسمى احيانا بالحالات المتوسطة، هو المصطلح الذي وضع لوصف الحالات التي تقع بين الاضطرابات النفسية بما في ذلك اضطرابات الشخصية وبين الحالات المرضية العقلية (الوظيفية) كمرض الشيزوفرينيا والأمراض العقلية المزاجية (الكآبة و المانيا). وقد اعتبرت هذه الحالات حدودية لان اعراضها غير واضحة الى درجة كافية مما يجعل من الصعب التأكد معه من ان الفرد مريض عقليا او غير مريض، وفيما اذا كان مريضا نفسيا او عقليا. والمريض في المرتبة الحدودية قد يكون اقرب الى المريض النفسي كما قد يكون اقرب الى المريض العقلي او ان يكون في حالة وسط او متفاوته الابعاد من الحالتين النفسية او العقلية. وبسبب هذا الموقع الوسطي والمتغير الابعاد بين الحالتين فان من الصعب اعطاء خصائص مميزة وثابتة للحالة الحدودية. غير ان من اهم الخصائص المدلله على مثل هذه الحالة هي :

أولاً : ظهور بعض الأعراض التي تدلل على وجود بعض التغيير في ادراك المريض للواقع وفي تعامله معه،غير انه يظل محتفظا بالمقدرة على اختبار الواقع وذلك على خلاف المريض النفسي الذي لا يعاني من اي تغيير في ادراك الواقع.وعلى خلاف المريض عقليا والذي يفقد المقدرة على اختبار الواقع .

ثانيا : توفر السمات التالية او بعضها وهي : الشعور بالفراغ النفسي،الاندفاعية، محاولات ايذاء النفس، التقلبات المزاجية، العلاقات الشخصية العنيفة وغير المستقرة، عدم المقدرة على السيطرة على الغضب، معاناة الوحدة، واضطرابات الهوية، بما في ذلك عدم التيقن من صورة الفرد عن نفسه وعن هويته الجنسية وعن القيم التي يحملها.

ثالثا : هنالك اعراض اخرى اما من المجال النفسي او المجال العقلي.

رابعا : يقتضي للحالة لكي تظل في المجال الحدودي ان لا يكون هنالك اي اضطراب في الترابط الفكري او ان تكون هنالك حالة من النكوص او الانغماس في التفكير الذاتي وان لا تتوفر عندهم اية هلاوس وأوهام .

ان الكثيرين من الباحثين والمختصين يعتبرون هذه الحالات الوسطى بأنها حالات في دور التقهقر من الحالات النفسية الى الحالات العقلية ، ومنهم من يعتبرها بأنها بمثابة الدور السابق للمرض العقلي او لمرض الشيزوفرينيا،ومنهم من يعتبرها شيزوفرينيا متنقلة او شيزوفرينيا كامنة . ومع ان بعض هذه الحالات تتجه بالفعل نحو الاصابة الفعلية بمرض الشيزوفرينيا ، الا ان غالبية الافراد الذين يشخصون بهذه الحالة الحدودية لا يقعون بالنهاية في المرض الشيزوفريني .

المرض العقلي :

الحالات المرضية العقلية، هي الحالات الاشد من اضطراب الحياة العقلية للانسان، وفي مثل هذه الحالات فان افكار المريض واستجاباته العاطفية ومقدرته على ادراك الواقع والتعامل مع الغير تضطرب كلها والى الحد الذي يعيق بصورة جذرية من مقدرته على التعامل مع الواقع.والتفريق بين الشخص الطبيعي او المريض نفسيا، او المريض في منزلة حدودية، وبين المريض عقليا يتقرر عادة طبقا للخصائص التالية والتي تتوفر في المريض العقلي فقط، وهذه الخصائص هي :

اولا : تغيير في الطريقة التي يدرك فيها المريض واقعه.
ثانيا : النقص في مقدرته على التكيف مع الواقع الخارجي او مع واقعه النفسي الداخلي.
ثالثا : التغيير في نواحي السلوك والعاطفة والفكر من حيث المحتوى او الشكل.
رابعاً : وجود اوهام وهلاوس .
خامساً : نقص في مقدرة الفرد على اختبار الواقع.

ان الامراض العقلية تصنف تقليديا الى فئتين اساسيتين، الاولى هي فئة الامراض العقلية العضوية، وهي الفئة التي تكون فيها الأعراض العقلية نتيجة لوجود نقص او آفة عضوية في الدماغ او تؤثر فيه سواء كان مصدرها في جوهر الدماغ،او من داخل الجسم او من خارج الجسم.واهم اعراض مثل هذه الفئة هو النقص في الذاكرة وتدهور الملكات الفكرية بما في ذلك الذكاء والتفكير المجرد والمقدرة على التوصل الى الاحكام الصائبة،والنقص في احاسيس الفرد والتي تشمل الانتباه والتوجه الذهني، وادراك حس الزمان

والمكان والهوية الذاتية اضافة الى سرعة التحول وعدم الاستقرار العاطفي.ومع ان هذه الاعراض تعتبر مميزة للمرض العقلي العضوي الا ان لها كلها ان تتوفر في حالات مرضية عقلية غير عضوية.ولهذا فان تشخيص مثل هذه الحالات بأنها عضوية لا يعتمد على هـذه الأعراض وانمـا يقتضي اكتشاف السبب العضوي المسبب لهذه الحالات . اما الفئة الثانية من حالات المرض العقلي ، فهي الفئة المصطلح عليها بفئة الامراض الوظيفية ، وهو مصطلح قديم لهذه الأمراض ، وقد وضع ليدلل على الحالات المرضية التي تنجم عن اضطراب في وظيفة الدماغ ، ولا يتوفر فيها الدليل على وجود سبب عضوي . وقد تعرض هذا المصطلح الوظيفي الى بعض التشكك في صلاحيته ، ومع مرور الزمن انتقـل من مفهوم المـرض غير العضوي الى مفهوم« مجهول السبب ».في الوقت الحاضر ، يمكن اعتبار هذا التقسيم الى عضوي ووظيفي بأنه تقسيم قديم ، ولا يتلاءم مع الحقائق العلمية الكثيرة والتي توفرت من مجـالات البحث الوراثيـة والبايولوجية والفيزيولوجية والبنيوية والبايوكيمياوية ، والفاراماكولوجية وغيرهـا من المجالات ، والتي توحي بأن ما كان يعتبر حتى الآن وظيفيا من بين الامراض العقلية ، انما هو عضوي ، وان كان لا يتوفر حتى الآن اي اجماع على طبيعة التغيير العضوي ومكانه واسبابه . غير انه مع توفر الاعتقـاد بعضويـة الحالات المرضية العقلية (الوظيفية) ، الا ان هنالك ما يبرر الابقاء ولو الى حين على التسمية « المرض العقلي الوظيفي » ، لا لشيء وانما لتفريق هذه الحالات عن الحالات المرضية العقلية الاخرى والتي يظهر فيها العطل العضوي واسبابه بوضوح .

ان اهم الحالات المرضية العقلية «الوظيفية»، هي مـرض الشيزوفـرينيا او يسمى ايضـا بمرض الفصام في المصطلحات الطبية العربية الحديثـة، ومرض البـارانويـا وهو حـالة مـرضية تـرتبط بمرض الشيزوفرينيا وتعتبر احدى صوره ، والامـراض العقلية المـزاجية وتشمـل الكآبـة والمانيـا . والحالات المتوالية من الحالتين او ما يسمى بالمرض العقلي الكآبي الماني . وهنالك من يضيف الى هـذه الحالات حيثيات مرضية اخرى مثل : القلق العقلي الحاد ، والحالات الحدودية بين الشيزوفرينيا والمرض العقلي المزاجي . وهي الحالات التي يصعب الجزم بأنها شيزوفرينيا او انها مزاجيـة ، او الحالات التي تختلط فيها اعراض الحالتين الشيـزوفرينيـة والمزاجيـة وهو مـا يطلق عليـه بالحـالات المختلطة ، او الحالات الشيزوفرينية المزاجية ـ Schizo affective .

الشيزوفرينيا :

الشيزوفرينيا او الفصام هو المرض العقلي الأكثر انتشارا بين الناس،ليس فقط من بين الأمراض العقلية الوظيفية، وانما من بين جميع الأمراض العقلية العضوية منها أو غير العضوية.ومع ان هذا المرض العقلي ما زال يعتبر حتى الان من فئة الأمراض الوظيفية، الا ان هنالك بينات عديدة ومن مجالات بحث مختلفة والتي توحي بوجود اساس عضوي له،وان كان لا يعرف حتى الان موقع هذا الاساس وطبيعته واسبابه.والى جانب الحيرة القائمة حول سبب او اسباب هذا المرض،فإن هنالك اختلافاً بين الأطباء المختصين حول الحالات المرضية التي تدخل في نطاق هذا المرض، فهنالك من يقلص هذا المجال الى حدود ضيقة تشمل فقط، الحالات التي يتوفر فيها وراثة عائلية،وتبدأ معالمها منذ الحداثة بشخصية تتسم بالانطواء والعزلة والابتعاد عن الواقع والتي يتواصل فيها التدهور العقلي بصورة تدريجية حثيثة وحتى حالة الأزمان،والتي لا يتبين فيها وجود عامل مرسب للحالة المرضية.ومثل هذه الحالات تمثل نسبة قليلة فقط اذا ما قيست بعدد الحالات المرضية التي تشخص من قبل الاطباء الذين يوسعون من مجال حدود المرض الشيزوفريني ، والى

حد اعتبار كل اضطراب عقلي مهما كان زمنه ودرجته مرضا شيزوفرينيا ما عدا تلك الحالات المرضية التي يتضح فيها سبب عضوي،او تلك التي تكون فيها الاعراض مزاجية بصورة مطلقة وهنالك من الاخصائيين من ينفي وجود حيثية مرضية شيزوفرينية،وهنالك من جانب آخر اولئك الذين يجدون بان درجة ما من الانفصال العقلي الشيزوفريني توجد في كل فرد،وبأن الشيزوفرينيا تكون طيفا واسع الامتداد يبدأ اوله في الشخص الطبيعي،ويمتد منه عبر الافراد الذين يتصفون بشخصيات انطوائية ومن ثمة الى اصحاب الشخصية الشيزية ثم الشخصية ذات الصفات الشيزوفرينية ومنهم يمتد الطيف الى اصحاب الشخصية الحدودية والتي تعتبر حالة سابقة للمرض الشيزوفريني،واخيرا المرض الشيزوفريني كما هو معروف بصورته الكاملة.ومع ان افتراض امتداد هذا الطيف الى الشخص الطبيعي قد يبدو افتراضا مبالغا فيه على اقل تقدير، الا ان البحث الدقيق في الحياة العقلية الانسانية له ان يظهر بأن كل فرد لا بد ان يعيش ولو لفترات قصيرة من درجة ما من الانفعال اللامعقول، والذي لو قدر امتداده لفترات كافية لأمكن تشخيصه بانه انفعال شيزوفريني . ومثل هذا الافتراض يتلاقى مع الرأي بأن كل طفل في طفولته يعيش حياة عقلية شيزوفرينية ، وبأن هذه الحياة تقل تدريجيا لتحل محلها حياة عقلانية تدرك الواقع كما هو وتتعايش معه ، غير ان ذلك لا يعني بأن العنصر الشيزوفريني قد انتهى كليا وبصورة نهائية ، ذلك ان الأمر لا يتعدى غلبة الواقع على اللاواقع ، والعقلانية على اللاعقلانية ، وهي غلبة قد تكون جزئية ومؤقتة غير انها لا يمكن ان تصل الى حدّ التجريد الكلي لعنصر اللاعقلانية في الحياة العقلية للانسان .

وقوع الاضطرابات العقلية في المجتمع :

اذا اعتبرنا بان كل انحراف في السلوك يمثل درجة او اخرى من الاضطراب في الحياة العقلية للفرد فان لنا ان نستخلص بان الاضطرابات العقلية من نوع او آخر هي اكثر بكثير مما تفيد به الاحصائيات المرضية النفسية او العقلية . وفيما يلي نعطي خلاصة لدراسة احصائية تمت في امريكا عام ١٩٧٨ ، وهي تبين تقديرات لحجم الاضطرابات السلوكية المرضية في المجتمع الامريكي والذي كان تعداده عندئذ ٢٣٠ مليونا .

العدد التقديري	التشخيص
٢٠٠,٠٠٠	حالات اساءة للأطفال
٢٠٠,٠٠٠ أو أكثر	يحاولون الانتحار(٢٦ الفاً أو اكثر تؤدي بهم)المحاولة الى الموت
١,٠٠٠,٠٠٠	مصابون بحالة شيزوفرينية فعاله
١,٠٠٠,٠٠٠	او اكثر من الطلاب ممن ينسحبون من الدراسة بسبب مشاكل عاطفية
٢,٠٠٠,٠٠٠	يعانون من كآبة شديدة
٦,٠٠٠,٠٠٠ او اكثر	من الاطفال والاحداث والمراهقين مضطربون عاطفيا
٧,٠٠٠,٠٠٠	متخلفون عقليا
١٠,٠٠٠,٠٠٠	من الاحداث الذين تم توقيفهم بسبب جرائم خطيرة وسجن من هؤلاء ١٩٠,٠٠٠ بينما هنالك ٥٠٠,٠٠٠ منهم في السجون .

١٠,٠٠٠,٠٠٠ حالة من المشاكل المتعلقة بالكحول، ومن هؤلاء مليون تحت العلاج.

٢٠,٠٠٠,٠٠٠ على الاقل يعانون من اضطرابات نفسية

٥٣,٠٠٠,٠٠٠ يعانون من درجة بسيطة او متوسطة من الكآبة.

ويتضح من هذه الدراسة بان نصف العدد الكلي من السكان (بمن فيهم الاطفال) يعانون من اضطراب سلوكي من نوع أو آخر، والذي ينم عن اصابتهم بدرجة او اخرى من الاضطراب في حياتهم العقلية. ومع ان الدراسة تبين بان المرض الشيزوفريني الفعال يقع في واحد في المئة فقط من هذا المجموع المرضي، الا ان هذه النسبة لا تشمل الحالات المرضية الشيزوفرينية غير الفعالة والمعروفة بالحالات الكامنة او الحدودية، كما ان النسبة لا تشمل اولئك الذين يقعون ضمن طيف الشيزوفرينيا، ولو امكن التوصل الى تقدير صحيح لنسبة هؤلاء لوجدنا بان نسبة وقوع الشيزوفرينيا الحقيقية تصل الى عدة اضعاف النسبة المتعارف عليها والتي تقع في حدود واحد في المئة من مجموع السكان في معظم المجتمعات.

٥ ـ الطيف الشيزوفريني

يختلف الأطباء في الكثير من الأحيان في تشخيص المرض الشيزوفريني، فبعضهم يسارع في التشخيص، وبعضهم يبطىء في ذلك، وبعضهم يوسع من طيف المرض ليشمل حالات أخرى تشبه الشيزوفرينيا بينما آخرون يضيقون من هذا الطيف إلى أقل حدوده والتي تظهر الأعراض الدامغة للمرض. وبسبب هذا الخلاف في اسلوب التشخيص ومقاييسه فانا نرى تفاوتاً كبيرا في نسب وقوع وانتشار المرض بين باحث وآخر. وبين بلد وآخر وحتى في المجتمع الواحد والعينة الدراسية الواحدة. وقد يبلغ الفرق بين الحد الأدنى والحد الأعلى للدراسات التشخيصية للمرض الثلاثة أو الأربعة أضعاف. ومن الواضح أن التشخيص الطبي للمرض يتحدد في الحالات المرضية التي يستشار الطبيب بأمرها. والقلة من الدراسات التشخيصية تعتمد اسلوب المسح الاكتشافي للمرض كما هو الحال في تشخيص امراض اخرى كالتدرن والسكري وفقر الدم وغيرها من الأمراض. وهكذا فإن أعداداً كبيرة من المرضى قد لا تصل إلى الطبيب. سواء كان ذلك نتيجة اهمال العائلة. أو جهلها. أو لحرصها على تجنب الوصمة الاجتماعية للمرض. كما قد يكون ذلك نتيجة ممانعة المريض في العلاج من حالته. او بسبب مقدرته على اخفاء وطمس الأعراض التي يمكن أن تدلل على المرض، أو نتيجة تمكنه من التعويض الناجح عن حالته المرضية إما باظهار أعراض أخرى مضللة، أو بتجنب المواقف التي لها أن تظهر حالته المرضية بوضوح. وهذه الحالات في مجموعها لها أن تبلغ ثلاثة أو أربعة أضعاف عدد المرضى الذين يشخصون من الأطباء. وقد تكون النسبة أكثر من ذلك بكثير في المجتمعات التي لا تتوفر فيها الأمكانيات الطبية التشخيصية والعلاجية أو التي ما زالت تجمع بين الجهل والتحيز بشأن هذه الأمراض. وهنالك فئة ثالثة من المرضى، ولعلها الفئة الأكثر عددا من الفئة الأولى والتي تشخص طبيا او الفئة الثانية والتي تظل بعيدة عن التشخيص الطبي لسبب أو لآخر وهذه الفئة هي التي يصعب فيها الجزم بمرض صاحبها، فالواحد من هذه الفئة يبدو طبيعيا وغير طبيعي، أو يبدو وكأنه على الحدود بين الشخص السوي وبين المريض عقليا. وحتى الطبيب المختص قد يحار في أمره، ذلك أنه شيزوفريني وغير شيزوفريني في آن واحد. وهذه الفئة من الناس لا تصل إلى الأطباء عادة، ويعيش اصحابها بين الناس، اما بصورة طبيعية أو محدودة أو هامشية، غير أنهم قد يظهرون من أنماط السلوك والتعامل بين الحين والاخر، ما يستدعي اعتبارهم غريبي الأطوار وغير طبيعيين.

لقد اصطلحت عدة مصطلحات بوصف هذه الفئة الأخيرة. وقد أعطى واضع كل مصطلح سمات معينة يتصف بها الفرد الذي تنطبق عليه. وبالرغم من تعدد هذه المصطلحات ومن بعض التباين

في مواصفات حالة فيها أو أخرى ، الا انها تتحد في أنها تحاول وصف حالات حدودية أو بينية : بين السلامة والمرض. ومع أن هذه الحالات تقصر عن الصحة كما تقصر عن المرض، الا انها تعتبر من العائلة الشيزوفرينية . أو بتعبير أدق ضمن الطيف الشيزوفريني . وهو الطيف الذي يشغل المرض الفعلي طرفاً منه . وتشغل هذه الفئة الطرف الآخر .وهنالك تقديرات مختلفة بحجم هذا الطيف بكامله أو بطرفيه ، ومن هذه التقديرات أن حجمه الكلي يبلغ تسعة في المئة من مجموع الناس . و منها من يعطي هذه النسبة للحالات الحدودية فقط . مما يعني بأن واحدا في العشرة من الناس ، وفي أي فترة زمنية ، يقع ضمن الطيف الشيزوفريني . أما ما هو مصير هذه النسبة الكبيرة من الناس الذين يقعون على هذه الحدود بين المرض واللامرض، واذا ما كانوا مؤهلين للاصابة بالمرض وتحت أي ظروف؟ فهي أمور ما زالت غير مقررة ,وان كان من البديهي أن نتوقع أن تكون امكانية وقوع من هو ضمن الطيف الشيزوفريني بهذا المرض هي أعظم بكثير من امكانية وقوعه بمرض آخر ، او امكانية وقوع من هو خارج عن هذا الطيف بالمرض .

إن من المصطلحات العديدة التي وضعت لتسمية هذه الحالات هي : الاضطرابات الحدودية ، (Border Line) والاضطرابات المتنقلة او السيارة Ambulatory ،والاضطرابات الكامنة Latent، والاضطرابات الشيزوفرينية الطابع «Schizotypal» والشيزوفرينيا العصابية الكاذبة ، والشيزوفرينيا البسيطة وجميع هذه الحالات تعتبر ضمن الطيف الشيزوفريني . غير أنها لا تملك الاعراض الكافية واللازمة لتشخيص قيام المرض الشيزوفريني . وقد يظل صاحبها ضمن هذا الطيف طوال حياته وبدون العبور الى حالة المرض الشيزوفريني الفعلي . ومع ان سمات هذه الحالات قد تلازم صاحبها طوال الحياة ، الا انها قد تتراوح شدة بين حين وآخر . كما أن هنالك حالات كثيرة قد زالت سماتها المضطربة وبدون عودة . واغلب ما يحدث ذلك بعد الأربعين من العمر ، مما له أن يدلل على أن هنالك علاقة بين مثل هذه الحالات وبين عملية نضوج الشخصية .

وفيما يلي عرض مختصر لأهم خصائص هذه الحالات ، وهو ما يفيد بأنها تقترب من بعضها الى حد كبير وبأنها أقرب ما تكون إلى حيثية واحدة منها إلى حيثيات مختلفة .

الحالات الحدودية Border-Line

تعطى هذه التسمية لوصف بعض الناس الذين يعانون من اضطراب في شخصيتهم وبالقدر الذي يحكم عليهم بأنهم غير طبيعيين . الا أنهم غير مرضى بعقولهم في آن واحد ، فهم بين بين ، وعلى الحدود بين العقل واللا عقل ، وكأنهم يعيشون في المنطقة الحرام بينهما . أو كما قال أحد الكتاب في وصفهم بأنهم «يحومون فوق الحد الفاصل ولا يعبرونه مسافةطويلة » .ولما كان من الصعب اعطاء صفات محددة، وثابتة ومميزة لشخصية صاحب هذهالحالة ،فقد وصفت شخصيته بأنها «تلك الشخصية التي قرّرت أن لا تختص » .

لقد وضعت عدة مواصفات للحالة الحدودية . ومن هذه ،أنها حالة خفيفة من الشيزوفرينيا ، أو انها مساوية لحالة عدم الاتزان العاطفي . غير أنها اعطيت في السنوات الأخيرة مواصفات معينة . ويقتضي لتشخيصها توفر خمس خصائص من الخصائص الثماني التالية :

١ ـ مظاهر سلوك اندفاعي مضر لصاحبه في مجالين على الأقل من المجالات التالية وهي : الأسراف ، السلوك الجنسي المبكر ، المقامرة ، النهم ، السرقة من المحلات ، واتلاف الأشياء .

٢ ـ نمط من العلاقات غير الثابتة والتي تكون عاطفية وعنيفة

٣ ـ حدّة فائضة وغير ملائمة من الغضب ، مع عجز في المقدرة على السيطرة على الغضب .

٤ ـ اضطرابات في الهوية الشخصية ، بما في ذلك عدم الوثوق من صورته عن نفسه ، وهويته الجنسية ، وصداقاته وقيمه ومثله .

٥ ـ عدم الاستقرار العاطفي ،كما يتضح ذلك من سرعة الانتقال من حالة مزاجية طبيعية الى مزاج كآبي ، أو الانفعالية أو القلق ، وتستمر الحالة بضع ساعات فقط ، يعود بعدها الى مزاجه الطبيعي .

٦ ـ يعاني من مشاكل الوحدة .

٧ ـ ايذاء الذات ، حوادث متكررة ، ايماءات انتحارية ، عمليات جراحية متعددة أو نوبات متكررة من الخصام والعراك .

إن الفرد الذي يعاني من هذه الحالة يجمع في نفسه بين التواكل على الغير وبين العدوانية ، وافعاله تستهدف اجتذاب عون الآخرين ، اضافة الى التنفيس عن الغضب ولكي يخدر نفسه من الشعور بفيض عاطفة لا تحتمل . ولصاحب هذه الحالة أن يثور بغضب عنيف وحتى على أقرب الناس والأصدقاء اليه اذا ما تعرض لموقف من الفشل في علاقته معهم . وهي علاقة تتسم عادة بالتواكل الشديد عليهم والى حد التطفل . وهذه الخصائص تظل على العموم ثابتة وبدون تغيير كبير . غير أن الحالة قلما تشخص بعد سن الأربعين . أما علاقة هذه الحالة بمرض الشيزوفرينيا فما زالت غير مقرّرة وان كانت بعض الأبحاث قددللت على أن الذين يعانون منها لا يتطورون الى حالة المرض الشيزوفريني على المدى القصير أو المنظور .

الحالات المتنقلة او المتجولة «Ambulatory»

وصف هذه الحالة لأول مرة الباحث «زلبورغ Zilboorg» والذي اعتبر الحالة نوعا خفيفا من أنواع الشيزوفرينيا . وقد لاحظ زلبورغ بأن الأفراد الذين يعانون من هذه الحالة يظهرون اضطرابا في اختبار الواقع . وبالربط الفكري ، اضافة الى ضحالة العاطفة . ومن التعاريف المعطاة لهذه الحالة هي أن من يعانيها هو مريض شيزوفريني غير أنه يستطيع التعويض الكافي عن حالته المرضية والى الحد الذي لا يستلزم معه العلاج . ويفيد المصطلح أيضا بأن صاحب هذه الحالة هو شخص غير عاجز من الناحية الحياتية والمعاشية والاجتماعية ، وهو يعيش بين الناس ويتنقل بينهم بدون ملاحظة لحالته . وقد وصفت هيلين دويتش المصابين بهذه الحالة بأنهم أشخاص ينقصهم الاحساس الثابت بهويتهم الذاتية ، وبنقص مماثل في توفر مصدر داخلي يوجههم ، وهم عادة يتشبهون بكل فرد يعتمدون ويتوكلون عليه ، كما ان تجاربهم العاطفية تبدو وكأنها تطفل على تجارب الآخرين ، وهم يظهرون في الحياة وكأنهم على هامش غيرهم ، أو كما وصفتهم دويتش بالمصطلح « اناس ـ كما لو أنهم » . هذا ومهما كانت اوصاف هذه الحالة ، فإنها يجب ان لا تخلط مع حالة اولئك المصابين بالمرض الشيزوفريني والذين يعرف الناس

بمرضهم . ومع ذلك فإنهم يعيشون ويتنقلون ويعملون في المجتمع وكأنهم غير مرضى ، وقد تفوت حالتهم المرضية على من يتصل بهم لمدة غير طويلة .

الحالات الكامنة Latent

مصطلح الحالة الكامنة يقصد به الحالات التي تظهر أعراضاً تنم عن وجود المرض لكن بدون الوصول الى المرض الفعلي وبدون توفر أي تاريخ سابق للمرض العقلي في المريض . والفرد في هذه الحالة قد تظهر عليه أعراض من الشذوذ الفكري أو السلوكي ولكن بدون اظهار أعراض مرضية عقلية واضحة . ويقع تحت مفهوم هذه الحالة عدة حالات مرضية اصطلح عليها بمصطلحات مختلفة منها : « حالة ما قبل المرض العقلي » والحالة « الأولية او البدائية » و« الحالة العصابية الكاذبة » و« الحالة السايكوباتية الكاذبة » و« الحالة الحدودية » . كما انها تطلق على الافراد الذين يتمتعون بخصائص واضحة للشخصية الشيزية والذين يظهرون احيانا سلوكاً او فكراً غريباً ولكن بدون استمرارية أي اضطراب عقلي .

الشيزوفرينيا البسيطة Simple Sch.

كانت هذه الحالة تصنف في الماضي من بين الحالات المرضية الشيزوفرينية . الا أنها تصنف الآن كاضطراب شيزي في الشخصية . والعارض الرئيسي لهذه الحالة هو الخسارة التدريجية وغير الظاهرة لما لدى الفرد من ميول ودوافع وطموحات ومبادرات . غير أن الفرد الذي يعاني من هذه الحالة لا يملك الأعراض الأخرى الأيجابية التي توجد في المريض الشيزوفريني كاضطراب الفكر والأوهام والهلاوس . واذا ظهرت هذه الأعراض فانها تظهر بعد سنوات طويلة من بدء ظهور خصائص هذه الحالة . وفيما يلي بعض الخصائص الأساسية لهذه الحالة :

١ ـ نقص في المقدرة على المشاركة الاجتماعية :
* عدم توفر الرغبة في المشاركة الاجتماعية .
* عدم الاكتراث بالمدح او الانتقاد .
* عدم الاكتراث بمشاعر الغير .
* ضعف في المهارات الاجتماعية .

٢ ـ الانطواء . كما يظهر في اثنتين من الصفات التالية :
* الانسحاب والانزواء
* الاهتمامات الفردية
* شرود الذهن
* عدم مجاراة «الموضة» السائدة

٣ ـ عاطفة هزيلة وجامدة كما تظهر في اثنتين من الصفات التالية :
* نقص في المقدرة على التعبير العاطفي
* نقص في حس الفكاهة

* الترفع ، والبرودة العاطفية
* انعدام العواطف الحارة والرقيقة

والذين يعانون من هذه الحالة قلما يفلحون في اللقاء مع الجنس الآخر وفي الزواج . وهم يعكفون على مداعبة أحلام اليقظة بتكرار ولأزمان طويلة مما له أن يعطل بعض الشيء من فعاليتهم الوظيفية . كما ينقصهم الطموح ، ولهذا فإنهم ينحدرون بصورة تدريجية في السلم الاجتماعي ،وينتهون اما كمشردين او سارقين أو مدمنين أو فاسقين . ومن الخصائص السلوكية الشائعة عند اصحاب هذه الحالة هي السهر الطويل،والتجوال الفردي في الساعات الصغيرة من الليل ، والنوم حتىمنتصفالنهار،وتجنب التماس مع الناس بما في ذلك العائلة، والبقاء في غرفهم الخاصة ، والتوقف عن العمل أو الدراسة . ولهذه الخصائص أن تغري بتشخيص المرض الشيزوفريني، غير أن عدم ظهور الهلاوس والأوهام ، أو عدم استقرارها عند ظهورها ، فانه يمنع هذا التشخيص . ومع أن خصائص هذه الحالة تشبه خصائص الشخصية الشيزية ، الا أن الشخصية الشيزية تبدأ في الطفولة والحداثة و تظل على حالها في الكبر ، بينما « الحالة البسيطة » تبدأ بعد سن البلوغ في فترة المراهقة ، ومن بعدها تتجه نحو تدهور اكيد وحثيث .

الحالة العصابية الكاذبة Pseudoneurotic

وهذه الحالة تصنف أحيانا ضمن الأصناف السريرية للمرض الشيزوفريني . وهنالك اتجاه حديث لاعتبارها حالة وسطى بين المرض النفسي « العصابي » وبين المرض العقلي . واصحاب هذه الحالة يعانون من أعراض نفسية عصابية ويعالجون كذلك لسنوات طويلة ، غير أن الفحص الدقيق لهم يظهر بأنهم يعانون بالاضافة الى أعراضهم النفسية من بعض الأضطراب في التفكير وفي الاستجابات العاطفية . وتظل هذه الأعراض الأخيرة مغمورة بسبب مقدرة صاحبها على التعويض عنها ، ولذلك يصعب الكشف عنها سريريا أو بالفحوص الاختبارية أو من وقائع التاريخ المرضي . ومن الخصائص الأخرى الأساسية لهذه الحالة هي الخصائص الثلاثية التي لاحظها واضعو مصطلح «شيزوفرينيا العصاب الكاذب» وهي : الفزع الشامل ، والقلق الشامل ، والاتجاهات الجنسية الشاملة . ويمكن أن نضيف الى ذلك عدم استجابة المريض الى العلاج كمريض نفسي ، وامكانية استجابته للطرق الطبيعية « المادية » من العلاج ، كالعقاقير المعقلة .

الشخصية الشيزوفرينية (الشخصية الفصامية) «Schizotypal»

مصطلح الشخصية الشيزوفرينية ، مصطلح حديث الوضع ، وقد جاء في حساب واضعيه ليحل محل المصطلحات السابقة : الشيزوفرينيا الكامنة ، والشيزوفرينيا الحدودية . والشيزوفرينيا البسيطة . وصاحب هذه الشخصية يعتبر في درجة وسطى بين الشخصية الشيزية « الفصيمية او الشيزوفرينيا المصغرة » وبين المرض الشيزوفريني ، وإن كان من غير الضروري ان يتطور نمط الشخصية الى حالة المرض الشيزوفريني ، والذي يعاني من هذه الحالة ، فإنه يعاني من المظاهر الأساسية التي يعانيها صاحب الشخصية الشيزية وأهمها العجز في اقامة العلائق الاجتماعية ، غير انه يظهر اعراضا اخرى لا تظهر على الشيزي ، ومن هذه الغرابة في طرق علائقه مع الغير والشذوذ في سلوكه بصورة عامة ، وهو يبدو غريب

الأطوار ، ويعاني من الخداعات الحسية ومن اللاواقعية ، ومن الظنون بأنه محط الانتباه او النظر ، غير انه مع كل ذلك لا يعاني من مرض عقلي فعلي . ومن المواصفات التي وضعت لتشخيص قيام هذه الحالة : هي أن يتحلى صاحبها بأربع من الصفات الثماني التالية وهي :

١ ـ التفكير السحري ، كما يتضح ذلك من التصديق بالخرافات ، ومن الايمان بتوارد الخواطر والاستبصار والحس السادس (الخارج عن الحس).

٢ ـ افكار مرجعية (من أن بعض ما يحدث يتعلق به أو يستهدفه» .

٣ ـ العزلة الاجتماعية بحيث لا يكون له أي صديق ، أو مؤتمن .

٤ ـ الوهم والانخداع الحسي ، كأن يتصور بان هنالك من قوة أو شخص يؤثر فيه بصفة خاصة ومقصودة ، اضافة إلى مظاهر تجريد الشخصية واللاواقعية.

٥ ـ طريقته في الاتصال مع الناس شاذة ومشوشة ، فكلامه هامشي ويتماس مع دائرة الموضوع فقط . وفقدان الرابطة في الكلام . والاسترسال الزائد ، وتجاوز حدود الموضوع .

٦ ـ الترفع والتعالي ، وبرودة العاطفة ، والنقص في التعاطف مع الغير.

٧ ـ الافكار التشككية بنوايا الغير، مع الاعتداد بالنفس.

٨ ـ قلق اجتماعي لا مبرر له ، مع حساسية مفرطة لما يوجه اليه من انتقاد .

ولكي يظل التشخيص ضمن حدود الشخصية الشيزوفرينية ، فان صاحب الشخصية يقتضي أن يكون خاليا من المرض الشيزوفريني . ومن مقارنة هذه الشخصية بشخصية الفرد الشيزي الشخصية من ناحية ، وبالمريض الشيزوفريني من ناحية أخرى ، فانه يبدو بأن صاحب الشخصية الشيزوفرينية والشخصية الشيزية يتشاطران خصائص مشتركة كالانعزال والعجز الاجتماعي ، غير ان شبه صاحب الشخصية الشيزوفرينية بالمرض الشيزوفريني هو شبه أعظم ، فهو لا يعرف مشاعره الخاصة ، كما أنه خرافي التفكير، ويصدق اللامعقول ، ويعيش عالما داخليا خاصا ومليئا بالعلاقات الخيالية وبالمخاوف والخيالات الطفولية ، كما يعزو لنفسه مقدرات خارقة وخاصة في المعرفة والتبصر ،.كما هو حال بعض من يمارس عن قناعة قراءة الفنجان ، او الكف او التنجيم والتعزيم وغيرها من الممارسات التي لا تستند الى اساس عقلاني . ومع كل ذلك فإن المريض لا يعاني من مرض عقلي شيزوفريني .

إن مصطلح الشخصية الشيزوفرينية هو كما أشرنا مصطلح جديد ، ولعل الغرض منه هو سد الفجوة بين الشخصية الشيزية من ناحية وبين المرض الشيزوفريني الفعلي من ناحية أخرى . هذا وهنالك تشكك الآن في المحافل الطبية الاختصاصية عن جدوى هذه الحيثية . خاصة وأننا لا نعرف الكثير من خصائصها أو انتشارها بين الناس أو اسبابها أو مسيرتها ومصيرها النهائي ، كما لا يعرف حتى الآن نسبة اولئك الذين يقعون من بين اصحابها بالمرض الشيزوفريني ، وان كان من المنطقي ان نتوقع ان تكون نسبتهم اعلى من نسبة اولئك الذين يقعون بالمرض من ذوي الشخصيات الأخرى بما في ذلك اصحاب الشخصية الشيزية .

٦ - ماهية الشيزوفرينيا

ماهية اي مرض، بما في ذلك الشيزوفرينيا، تعتمد على توفر اساسين هامين لا بد من توفرهما لتعيين المرض وتفريقه عن غيره من الحالات المرضية الاخرى. اما الأساس الأول، فهو تعيين حدود الحالة المرضية بشكل دقيق وغير قابل للالتباس والجدل. أما الأساس الثاني فهو تعيين السبب المرضي الذي اذا ما توفر، وبالقدر الكافي، فان له أن يؤدي الى قيام الحالة المرضية المعنية. وفيما يتعلق الامر بحالة الشيزوفرينيا، فان هنالك صعوبة في التوصل الى فهم ما هية الحالة الشيزوفرينية بالنظر لعدم توفر هذين الأساسين الضرورين واللازمين لقيام المرض كمرض، وهما تعيين الحدود وتعيين السبب، فحدود المرض كما هو معروف هي غير واضحة تماما من حيث الصورة او الدرجة او المسيرة المرضية، كما ان سبب المرض او اسبابه فانها ما زالت ايضا غير واضحة أو مؤكدة. وكل ما يتوفر لدينا الآن عن مقومات هذه الحالة المرضية هو توفر مجاميع من الصور المرضية التي تظهر سريرياً على المرضى، اما في سلوكهم واما في مظاهر حياتهم العاطفية او ادائهم الفكري، او في جميع هذه المجالات معا. وجميع هذه الصور المرضية وما تجمع في كل واحدة منها من اعراض، ليست بالصور او الأعراض التي تبان فقط في مرض الشيزوفرينيا، فكلها تتوفر، وبدرجة او اخرى من الوفرة والشدة في حالات مرضية اخرى غير شيزوفرينية. ومع ان هنالك اليوم درجة عالية من الاتفاق بين الاخصائيين على تحديد وتشخيص الحالات التي تسمى بالشيزوفرينيا، الا ان هنالك قدراً غير قليل من عدم التوافق بين بعض الاطباء في تحديد ما هية المرض الشيزوفريني والأعراض اللازمة لتشخيصه.

*

هنالك اليوم اتجاهان مختلفان حول طبيعة وماهية المرض الشيزوفريني. الاول منها يتجه الى فهم المرض وطبيعته على اساس الاضطراب الوظيفي في الدماغ والناجم عن اضطراب او خلل عضوي يؤثر في هذه الوظائف. واذا صح هذا الافتراض فان بالامكان فهم المرض على اساس عضوي في عضو من الجسم وهو (الدماغ) وبنفس الصورة التي تسبب فيها الآفات والاضطرابات العضوية الأعراض المرضية في اعضاء جسمية اخرى، ومع ان الابحاث العلمية في اتجاه اثبات هذا المفهوم لمرض الشيزوفرينيا قائمة منذ زمن غير بعيد، الا ان افتراض الاساس العضوي للأمراض العقلية هو افتراض قديم جدا، ويعود الى زمن ابقراط وغيره من الأطباء العرب، كما ان افتراض هذا الأساس لمرض الشيزوفرينيا قد سبق وضعه من (موريل Morel ـ ١٨٦٠) ،وهو اول من اصطلح (الخرف المبكر)، واعتبر الحالة نتيجة لاسباب وراثية، كما تلاه كالبوم Khalbaum ـ ١٨٧٤ والذي اعتبر حالة الكاتاتونيا، وهي احدى حالات الشيزوفرينيا، بأنها مسببة عن مرض في مادة الدماغ، ثم تلاهما كربلاين Kraepelin ١٨٩٦ والذي اعتبر (الخرف

المبكر) أو الشيزوفرينيا في صورة المعروفة، بانه ناجم عن اضطراب في عملية الاستقلاب الكيميائية (متابولزم Metabolism)، او بسبب مرض عضوي في الدماغ يؤدي الى انحلال في مادته. ومع كثرة الأبحاث والبينات المتوفرة منها، عن عضوية مرض الشيزوفرينيا، الا أنه يتعذر الأخذ بهذه البينات على انها السبب الذي يكمن وراء قيام الحالة المرضية، فهذه البينات غير ثابتة او متماثلة في جميع المرضى وفي ابحاث جميع الباحثين، كما ان من المتعذر حتى الآن احداث هذه الحالة المرضية عند توفير البينات الكيمياوية او الهرمونية في الفرد الاعتيادي، والأهم من ذلك اننا لا نستطيع الجزم في الوقت الحاضر بأن ما نعثر عليه من هذه البينات هو سبب قيام الحالة لا نتيجة لها في دور او آخر من أدوار تطور المرض.

*

لقد قام الى جانب هذا الفهم المادي العضوي لماهية المرض، مفهوم آخر يرى في المرض حالة مرضية نفسية الاصول، ومثل هذا الفهم يستند على قاعدتين، الاولى تقوم على اساس من الفشل في ايجاد سبب عضوي للحالة المرضية، مما له ان يوحي بأن الحالة المرضية ذات طبيعة غير عضوية، أي أنها نفسية الطابع، اما القاعدة الثانية لفرضية الطبيعة النفسية للمرض، فهي في رأي البعض تقوم على اساس تعذر تشخيص المرض الا على اساس الأعراض النفسية التي تظهر في المرض. غير اننا لا نرى في هاتين القاعدتين ما يكون قناعة كافية بنفسانية المرض، ذلك لأن عدم وجود سبب عضوي يفسر طبيعة المرض لا يعني بأن هذا السبب غير موجود وانه ليس بالأمكان التوصل اليه في المستقبل، كما أن الاستناد الى طبيعة الأعراض النفسية، فليس هناك ما يؤكد هذه الطبيعة، فالكثير من الأعراض المرضية الواردة في مرض الشيزوفرينيا ترد في الصور المرضية العقلية الناجمة عن آفات عضوية، وهي اكثر شبها بهذه منها بالاعراض المرضية في الامراض النفسية، ثم ان الصورة الكلية للمرض الشيزوفريني لا تحمل شبها بالصور المرضية النفسية، كما يتعذر تفسير هذه الصورة على اساس من الصراعات النفسية، كما يصعب على المشاهد لها أن يتعرف على سماتها بالقياس مع أي تجربة شخصية طبيعية. غير ان هنالك العديد من العلماء ممن يجدون طبيعة وماهية المرض الشيزوفريني في مجال الحياة النفسية للفرد وعملياتها المختلفة. وفيما يلي ملخص لبعض آراء عدد من مشاهير العلماء في مجال علم النفس حول هذا الموضوع.

بلولر : Bleuler

يبدو واضحا من مصطلح الشيزوفرينيا والذي اصطلحه بلولر لأول مرة، ويعني (انقسام العقل) أو (فصام العقل)، بأن ماهية المرض تكمن في المجال النفسي للمصاب به. وقد كان بلولر، وربما بسبب صلته الوثيقة برائدي علم النفس الحديث، فرويد ويونغ، مقتنعا بأهمية المؤثرات النفسية في تكوين الصورة المرضية لحالات الشيزوفرينيا. وقد ابدى لذلك اهتماماً فائقاً بعمليات التحليل النفسي، ورأى بضرورة معالجة المريض المصاب علاجاً نفسياً كما انه رأى بأن ماهية المرض الشيزوفريني يمكن فهمها الى حد كبير على نفس الطريقة الرمزية التي تحلل بها الاحلام من أجل فهم الاضطرابات المختلفة، وكان من رأيه ان اوهام المريض وهلاوسه اذا ما درست بدقة واستقصيت حتى اصولها، فانها تكشف عن تواصلها مع التاريخ الحياتي للمريض، ومع آماله ومخاوفه السابقة، ومع صلاته مع والديه واخوته.

فرويد والنظرية التحليلية (١٨٩٦)

في رأي فرويد بأن المرض ينشأ نتيجة لأسباب نفسية، وطبقاً لهذه النظرية فان الطاقة الجنسية (اللبيدو Libido) في حياة الطفل تلاقي موانع للتعبير عنها بصراحة وبصورة مباشرة، مما يسبب احباطها في دور مبكر في حياة الطفل، وهو الدور النرجسي. وبنتيجة هذا الأحباط، فانه يتعذر على الطفل عندما يكبر ان يكيف نفسه بنجاح مع واقع الحياة، والصراع بين الذات من ناحية وواقع الحياة من ناحية اخرى، قد يظهر في مثل هذا الفرد في ظروف ملائمة من الشدة والارهاق، مما له ان ينتهي بمرض عقلي يحول فيه الفرد طاقته الجنسية من اهدافها الخارجية الطبيعية الى ذاته .وفيما يتعلق الأمر بمرض الشيزوفرينيا فقد فسر فرويد المرض بأنه نتيجة نكوص الفرد الى اساليب بدائية في التفكير والسلوك، وهي الأساليب التي تتميز بها فترة الطفولة الصغيرة. وقد عزا فرويد الأفكار الاضطهادية في المرض الى كبت الدوافع الجنسية المثلية والى توجه الفرد بالميل الجنسي نحو فرد من جنسه .

يونغ Yung

رأى يونغ في سايكولوجية الشيزوفرينيا بانها حالة مماثلة للأحلام والهستيريا وبعض الأمراض النفسية الأخرى، ويقول يونغ في ذلك «ان انفصال المريض الشيزوفريني عن الواقع، وفقدانه الاهتمام بالوقائع الموضوعية كلها، ليس من الصعب تفسيره عندما ندرك بأنه يقف دوما تحت امرة ناهية من (مركب) لا يقهر. . فهو يحلم بعيون مفتوحة، ومن الناحية النفسية فانه لا يستطيع تكييف نفسه مع ما يحيط به. .» ومن رأيه ايضا «ان المريض الشيزوفريني يبدو وكأن عقده النفسية، قد اخذت استقلالها» .

بينية ـ وسايمون Binet-Simon (١٩١٠)

رأيا في المرض نتيجة لتفاعل عاملين اولهما هو الاضطراب في وظيفة او اخرى من الوظائف العقلية، والعامل الثاني هو الطريقة التي ينفعل فيها ذكاء الفرد وشخصيته بسبب العامل الأول.

ابراهام Abraham (١٩٠٨)

اتخذ ابراهام اتجاها مقاربا من اتجاه فرويد، ورأى بأن المرض يتعلق بالكبت المبكر (اللبيدو= الطاقة الجنسية. .) ويقول ابراهام: «ان الخصائص النفسية الجنسية للمرض، هي عودة المريض الى دور الجنسية الذاتية، واعراض المرض هي شكل من اشكال النشاط الجنسي الذاتي. . والجنسية الذاتية هي المصدر، ليس فقط لاوهام الاضطهاد، وانما ايضا لاوهام العظمة» .

سلفان Sullivan (١٩٣١)

رأى في الشيزوفرينيا بانها حالة من الفزع وتمثل كارثة لتقدير الفرد لنفسه. ورأى سبب المرض في طبيعة العلاقة بين الاباء والامهات والابناء، وهي علاقة قد تكون مانعة لتكوين حالة من التقدير الذي يشعر به الفرد نحو نفسه في نفسه، ووجد السبب ايضا في حالة الرعب التي يمكن ان يحس بها الفرد بنتيجة ذلك الارتباط الشعوري .

اريتي Arieti (١٩٥٥)

يرى اريتي بان الشيزوفرينيا حالة من النكوص ويقول في تعليل ذلك، «.. وذلك لأنّ الفرد يستعمل مستويات عقلية اقل تقدماً. والنكوص يبدو بأن له هدف، وهذا هو تجنب القلق من اجل التوصل الى النتائج المتوخاة..».

مانفرد بلولر

مانفرد بلولر هو ابن العالم بلولر الذي اعطى للمرض التسمية: الشيزوفرينيا، ولمانفرد اراءه الخاصة حول هذا المرض والتي يعارض في بعضها اراء والده. ومن اراء مانفرد ان العمليات العقلية التي تتوفر في المريض الشيزوفريني تتوفر ايضا في الشخص الاعتيادي،ومن هذه العمليات التفكير في احلام اليقظة والهلاوس والرمزية العجيبة في احلام النوم الطبيعي، غير ان الفرق بين الشيزوفريني والشخص السوي، هو ان المريض الشيزوفريني لا يستطيع التفريق بين الحالتين:واقع الحلم، أو واقع اليقظة، واقع العالم الداخلي كما يتخيله وواقع العالم الخارجي كما هو، وهو لذلك لا يستطيع لا ابعاد خيالاته واحلامه، ولا يستطيع تصحيحها عن طريق قياسها بالواقع، وهذا يؤدي بالضرورة الى ادخاله لعناصر غير متكاملة الى شخصيته وبصورة لا تسمح باقامة الترابط الطبيعي بينها. وفي رأي مانفرد أيضاً ان المريض له تنظيم خاص للجينات الوراثية. ومع ان هذه الجينات بمفردها - في رأيه - هي جينات طبيعية وغير مرضية، الا ان تجمعها في شكل معين له ان يجعل الفرد في حالة تهيئه للاصابة بالمرض اذا ما تعرض لمواقف الشدة في حياته. واخيرا فان مانفرد يرى بأن المريض الشيزوفريني يبدو وكأنه اتخذ القرار الوجودي بادارة ظهره للعالم الاجتماعي المشترك، وذلك برفضه لأكثر تقاليد هذا العالم صلابة ورسوخا.

ويرخ Wyrsch

وهو يرى بأن الشيزوفرينيا هي بمثابة الهجوم على مركز الشخصية.

سترانسكي Stransky

وهو الذي اصطلح التعبير الرنح النفسي الداخلي Intrapsychic ataxia لوصف حالة المريض الذي يعاني في نظره من فقدان التوازن بين العناصر المكونة لميزان الحياة النفسية الداخلية للفرد.

وهنالك تفسيرات اخرى لماهية المرض الشيزوفريني غير التي اشرنا اليها من تفسيرات عضوية او نفسية، هذا ويمكن افراد مرتبة وسطى لهذه التفسيرات والتي تدور بمعظمها حول عملية التطبع والتكيف في حياة الفرد واهم النظريات في هذا الموضوع هي نظريات ادولف ماير وبافلوف. وفيما يلي مختصر لنظريات هذين العالمين.

ادولف ماير Adolf Meyer (١٩٠٦)

في رأي ماير ان الصورة المرضية لمرض الشيزوفرينيا هي صورة من عدم التكيف، والتي يمكن فهمها على اساس من تجربة الفرد وتاريخ حياته، كما اكد على اهمية عملية تدهور العادات عند الفرد في تكوين المرض، وذلك بسبب التكيف الخاطىء والمستمر في حياة المريض، وهذا التكيف الخاطىء يؤدي الى

تدهور العادات الطبيعية والى استبدالها بمحاولات غير مجدية وخاطئة بدلا من ملاقاتها بافعال حاسمة، والنتيجة لذلك هي تفكك الشخصية والانعزال النهائي عن الواقع . وفي نظر ماير فان الكثير من الأعراض السريرية للمرض الشيزوفريني تمثل محاولات اجهاضية وملتوية لموازنة واعادة البناء النفسي . ومع ان ماير كان يعتقد بان الفشل في التوصل الى اية بينة عن التغيير البنيوي او الفسيولوجي له ان ينفي وجود اي اساس عضوي للمرض، الا انه كان يعتقد ايضا بأن المريض الشيزوفريني هو ذو تكوين ادنى قوة من المعتاد ، اضافة الى معاناته من العديد من الاعراض المرضية ذات الطابع الجسمي مما يكوّن حالة من شأنها ان تزيد من اعباء الفرد الحامل لها .

بافلوف ١٩٢٨ : Pavlove

في رأي بافلوف ان الشيزوفرينيا هي انفعال وقائي للمراكز الدماغية الضعيفة . . فالشيزوفريني في نظريته هو فرد يتهيج ويثار بسرعة عند تعرضه للاثارات القوية . وعند اثارة المرضى بهذا المرض فانهم يستجيبون بحالة من الغضب الشديدهوهكذا فان الشيزوفرينيا تفسر على انها حالة من النهي الواقي للدماغ لحماية الخلايا الدماغية . ويفسر بافلوف حالات التهيج بانها ناجمة عن فشل مراكز قشرة الدماغ الضعيفة في السيطرة على المراكز الادنى تحت القشرة الدماغية .

هذا وهنالك نظريات اخرى عن ماهية ارض وطبيعة سيشار اليها في الفصل الخاص بأسباب المرض، ومنها نظرية التعلم (هل Hull) والتي يرى فيها بان المريض الشيزوفريني يتصف بتأخير في الاداء بسبب استجابات غير صحيحة ولا علاقةلها . ومنها نظرية النمو المقارن لورنر Werner، والتي تفيد بأن الشيزوفرينيا هي حالة من النكوص، ويعني بذلك ان مستويات ادنى واقدم من الأداء تعود للظهور كلما اضطرب وفسد تنظيم المستويات الأعلى والأحداث في الأداء . ومن النظريات الاخرى النظرية التي ترى في المرض الشيزوفريني عملية من التوافق على مستوى ادنى، وبأنها كفاح غير عقلاني من اجل البقاء . والنظرية التي تجد من مرض الشيزوفرينيا مجرد تجمع لبعض خصائص الشخصية وهي في الحدود القصوى لامكانياتها . وهنالك النظرية التي لا تعتبر الشيزوفرينيا مرضا قائما بذاته، وانما هو مجرد نقطة الالتقاء للادوار النهائية لشتى الاضطرابات العقلية، ومن الواضح ان القبول بهذه النظرية يحصر المرض الشيزوفريني بالحالات المرضية المزمنة وطويلة الزمن للأمراض العقلية المختلفة . ومن النظريات عن طبيعة المرض الشيزوفريني، أنه ينجم عن توالد وتكاثر وانتشار العمليات العقلية بدون ضوابط، وهذا هو المظهر المميز للمرض خاصة في الأدوار الحادة وشبه الحادة .

القسم الثاني

المهيئات للاصابة بالشيزوفرينيا

١ ـ الشخصية السابقة للمرض

الشخصية الخجولة
الشخصية الانطوائية
الشخصية غير المستقرة
الشخصية المحاذرة (المتجنبة)
الشخصية البارانوية (الشكاكة ـ الاضطهادية)
الشخصية الشيزية (الفصامية)

٢ ـ طفولة الشيزوفريني .

٣ ـ عائلة الشيزوفريني .

حكم المجتمع على العائلة
حكم العائلة على نفسها
البيّنات الوراثية العائلية
(الشجرة العائلية ، التوائم ، التبني)
واقع عائلة المريض بالشيزوفرينيا
أ ـ النقص في العائلة كجهاز عمل
ب ـ العجز في مهام العائلة
ج ـ الاضطراب الفكري في العائلة
د ـ ردود فعل العائلة للمرض
هـ ـ العلاج العائلي

الخلاصة

١ - الشخصية السابقة للمرض الشيزوفريني

مرض الشيزوفرينيا ليس من الامراض الطارئة كتلك التي تصيب الجسم او الدماغ نتيجة آفة حادة كالالتهاب او الشدة او التسمم، وحتى لو وقع المرض بصورة مفاجئة وحادة وبتوفر عامل محدث، او تجربة آنية، فإن المرض الشيزوفريني يجد جذوره في زمن أبعد في مسيرة الفرد الحياتية.وحتى اصوله الوراثية وشخصية الفرد هي مجموعة السمات والخصائص التي يحملها الشخص والتي تعبر وتعكس ما آل الى الفرد من جذوره الوراثية وما نجم من فعل التجارب الحياتية على هذه الجذور عبر مراحل التكوين والنمو. والمتفق عليه بين الباحثين هو ان المعالم الاولى للشخصية تتكون في وقت مبكر بعد الولادة، ويحدد البعض ذلك بنهاية السنة الثانية من العمر، غير ان هذا التحديد لا يعني ان الشخصية تظهر بكاملها في هذا العمر،غير ان هذا التحديد لا يميز الأدوار التالية من طفولة وحداثة ومراهقة صاحبها » وحتى عندئذ، فهي لا تتوقف عن النمو وحتى التغيير في بعض جوانبها، غير ان هذا التطوير والنمو وحتى التغيير، فانه يبدو مستنداً على المعالم الأولية التي تلاحظ في شخصية الطفل في صغره، وان كان له ان يبتعد عن هذه المعالم بصورة جذرية اذا ما تعرض الفرد الى فعل تجزبة او شدة او عارض، وفي مثل هذه الحالات . . فإن للشخصية الناتجة بعض ملامح الشخصية الأولية، كما ان لمثل هذه الحالات ان تكشف عن بعض الخصائص الكامنة والخفية في الشخصية .

لقد تواترت البينات لدى الباحثين والمختصين من الاطباء بأن الذين وقعوا في المرض الشيزوفريني قد اتصفوا في حياتهم السابقة للمرض بخصائص معينة فرقتهم عمّا يتصف به عامة الناس من خصائص، واعتبروا بذلك ذوي شخصية او شخصيات خاصة اهلتهم للوقوع بالمرض، ومع انه لا جدل في ان الشيزوفريني يتطور الى حالته المرضية من اساس مضطرب في تكوينه الشخصي، الا ان الحكم على وجود هذا الاضطراب بعد قيام المرض، واستنادا الى الوصوف والذاكرة، له ان يشخص الشخصية السابقة للمرض على غير ما هي عليه، ولعل الأوفى بمتطلبات التشخيص الصحيح لشخصية الشيزوفريني قبل وقوعه بالمرض، هو عن طريق الرصد الطولي لهذه الشخصية ومنذ بداية تكون معالمها الاساسية وحتى الوقوع بالمرض، وهي طريقة تتطلب زمناً طويلاً، ويتعذر فيه على الباحث الواحد متابعة هذه المعالم حتى نهايتها بالمرض او بسواه، ولا بد لمثل هذه المتابعة من الاعتماد على السجلات الطبية وغيرها من البينات التي قد تتجمع عن مراحل نمو الفرد المتتالية، وحتى هذه السجلات والبينات فان لها ان تشخص الفرد على غير ما هو عليه من انماط الشخصية. وهذا القصور في تقرير شخصية الفرد سواء جاء التشخيص تالياً

لوقوع المرض او سابقاً لوقوعه، فانه لا بنفي ان الشيزوفريني كان ينتمي الى انماط معينة من الشخصية اكثر من انتمائه الى انماط اخرى، كما لا ينفى ان افرادا ينتمون الى انماط معينة من الشخصية يقعون بالمرض الشيزوفريني بنسبة اعظم مما يقع به غيرهم ممن هم من غير هذه الشخصيات.

ان البحث في شخصية الفرد وتقرير نمط شخصيته، فيما يتعلق بمرض الشيزوفرينيا بصفة محددة، له اهمية تشخيصية وذلك بالمساعدة على تشخيص الحالة المرضية بصورة موثوقة، كما ان له اهمية وقائية، لما قد ينبه اليه من الاتجاه المرضي ومحاولة تغيير هذا الاتجاه بوسيلة او أخرى. وله بالتالي اهمية علاجية من شأنها ان توقف تطور الخصائص الشخصية المضطربة الى واقع مرضي، غير ان هذه الاهمية، خاصة في المجالين الوقائي والعلاجي، ما زالت اهمية نظرية، ذلك اننا ما زلنا عاجزين عن تقدير نسبة الذين يقعون في المرض من كل نوع من انواع الشخصية المرتبطة ظاهريا بالمرض الشيزوفريني، كما اننا ما زلنا عاجزين عن ان نعين بدقة أيّا من اصحاب هذه الشخصيات هو الأكثر احتمالاً بالاصابة بالمرض. ثم ان المحاولات الوقائية والعلاجية لمنع قيام المرض في بعض من يبدون استعدادهم الشخصي للاصابة بالمرض، فانها لم تثمر عن نتائج ايجابية مشجعة. غير ان الفشل الذي ما زلنا نواجهه في هذه النواحي لا يمكن ان يقلل من اهمية البحث عن الخصائص الشخصية الأكثر ملاءمة لقيام المرض الشيزوفريني، وعن العوامل التي تساهم في تكوين هذه الخصائص، والعوامل الأخرى التي لها ان تغير من هذه الخصائص وان تبعد الفرد عن خطر الاصابة بمرض الشيزوفرينيا.

وفي يلي اهم انماط الشخصية التي تعارف عليها الباحثون، والتي يتفق معظمهم بأنها تحمل دلالة اعظم بامكانية اصابة حاملها بالمرض الشيزوفريني من غيره من عامة الناس ممن يتصفون بشخصيات اخرى، وفي بيان هذه الانماط وخصائصها، ينبغي القول بأن خصائص الشخصية التي يتسم بها الفرد هي خصائص ثابتة على المدى الطويل، وان كانت عرضة للتغيير والتحوير بفعل عوامل طويلة أمد الفعل، او بفعل عوامل طارئة وشديدة، كما ان خصائص الشخصية مترابطة وان كانت غير عازلة، بمعنى انه قد يكون هنالك تشابه بين بعض خصائص شخصية ما وخصائص شخصية اخرى، غير ان هنالك من الترابط بين خصائص الشخصية الواحدة، أكثر مما هنالك من التشابه بين بعض خصائصها وبين خصائص شخصية اخرى.

الشخصية الخجولة :

يوصف الكثيرون من الناس وفي مراحل حياتهم المختلفة بأنهم أصحاب شخصية خجولة، فهم يفقدون بعض ثقتهم بأنفسهم في حضور الغير، ويصيبهم الارتباك بسبب ذلك، وما قد يصاحب ذلك من انفعالات فيزيولوجية عصبية وجسمية. وهم يحاولون لذلك تجنب المواقف التي تعرضهم للخجل وما يصاحبه من انفعالات، وهذا التجنب يؤدي بهم بالضرورة الى الانفراد. ويفيد اولياء امر المريض الشيزوفريني بأن المريض قبل وقوعه بالمرض كان يتصف بسمات الخجل والانفراد، غير ان هذا يجب ان لا يحملنا على توقع الاصابة بالمرض الشيزوفريني لكل من يتصف بالخجل والانفراد، ذلك ان نسبة من يحملون هذه الخصائص في المجتمع هي اعظم بكثير من نسبة وقوع المرض الشيزوفريني في المجتمع، والواقع ان الخجل والانفراد وحدهما لا يكونان احتمالا كبيرا من خطر الاصابة بالمرض، ولا بد من

توافرسمات اخرى في شخصية الفرد لتكوين درجة اعظم من الاحتمال .

الشخصية الانطوائية : شخصية

إن معظم الناس يحملون صفات مشتركة من الانطوائية والانبساطية (أو الانفتاحية)، وقد يحدث هذا الجمع بصورة متوازنة ومتعادلة تقريبا وعندها تسمى شخصية الفرد بأنها شخصية «ثنائية» ، غير ان هذا التوازن قد يختل باتجاه غلبة الانطواء أو الانبساط وعندها يوصف الفرد بأنه انطوائي الشخصية او انبساطي ، على التوالي. والانطوائي كالانبساطي يمكن ان يكون على درجات متفاوتة من الانطوائية، او الانبساطية، وقد تبلغ هذه الدرجات حدود التطرف بحيث تخلو الشخصية الواحدة من اي اثر واضح لسمات الشخصية الأخرى . وقد وصف يونغ الشخص الانطوائي بأنه فرد ينزع الى الانعزال والوحدة وتحاشي الاتصال الاجتماعي، وبميله للتأمل بدل الفعل، وبرؤية الواقع وكأنه عقبة معترضة، وبمحاولته تجنب التماس مع الواقع، وبالإعراض عن الاهتمام بالامور المادية والواقعية، والتوجه بدلا من ذلك الى الامور النظرية والمثالية، ويرى ايزانك Eysenck أن الفرد يخلق بميول معينة توجهه للسلوك بصور معينة، والفرد في نظره يرث الميل نحو الانطواء او نحو الانبساط، كما انه يرث الاتجاه نحو الاستقرار، ونحو عدم الاستقرار. وافترض ايزانك لذلك بأن الشخصية الانسانية تقوم على محورين، ولكل محور منهما بعد ان، المحور الاول هو محور الانطواء والانبساط، وبُعداه الانطواء من طرف والانبساط من طرف آخر، والمحور الثاني هو محور الاستقرار والعصاب، وبُعداه الاستقرار في قطب، وعدم الاستقرار او العصابية في قطب آخر. وقد اعطى ايزانك الخصائص الاساسية التالية لكل بعد او قطب من هذه الاقطاب، فالذي يقع في البعد الانطوائي يتجه الى الداخل ويتجنب التفاعل الاجتماعي ، وينشغل بالامور الداخلية ويعاني من عدم المقدرة على توجيه نشاطه الى الواقع الخارجي، وذلك بعكس الانبساطي الذي يتجه الى الخارج ويقبل على التماس والتفاعل الاجتماعي ويوجه اهتماماته الى الواقع الخارجي. أما صاحب الشخصية ذات البعد المستقر، فهو فرد متلائم مع محيطه ويتكيف على مقتضياته، بينما صاحب الشخصية غير المستقرة (العصابية)، فانه شخص غير متلائم او متكيف مع محيطه ومتطلباته. وقد اعطى ايزانك السمات التالية لشخصية الانطوائي، وهي تقع في مجموعتين؛ المجموعة الاولى تشمل: المزاجية، والتصلب في الرأي، الرزانة، التشاؤم ، المحافظة، الانطواء، الهدوء، اما المجموعة الثانية فتشمل سمات: السلبية في السلوك، الحذر، العقلانية، المسالمة، الاتزان، يعتمد عليه، معتدل المزاج، هادىء الطبع .

ويتضح من خبرة المختصين بالامراض النفسية والعقلية، بأن امكانية الاصابة بمرض الشيزوفرينيا هي امكانية اعظم في اصحاب الشخصية الانطوائية منها في اصحاب الشخصية الانبساطية، وقد لاحظ هذا الارتباط العالم كريتشمر الذي قام في الربع الاول من هذا القرن بدراسات واسعة على العلاقة بين البنية والمزاج، واصطلح التعبير المزاج الشيزي Schizothymic لوصف الفرد الذي يتمتع بالخصائص المزاجية التالية وهي: الترفع والحساسية المرهفة، والركون الى الخيال، والمثالية والتأمل، والانطواء والتصلب. وهذه الخصائص تشبه الى حد بعيد خصائص الشخصية الانطوائية المتطرفة كما وصفها يونج . والشخصية الانطوائية كما حددها ايزانك.هذا وقد كان من رأي كريتشمر ان صاحب الشخصية ذات المزاج الشيزي، هو اكثر تعرضاً للاصابة بمرض الشيزوفرينيا من غيره من اصحاب المزاج الدوري او المتقلب.

الشخصية غير المستقرة :

يصنف الناس عادة الى فئة مستقرة ، وراكزة ومتلائمة مع الواقع والمحيط ، والى فئة اخرى تتصف بعدم الاستقرار والركازة وبعدم التلاؤم مع الواقع والمحيط . وقد اعطى ايزانك الصفات التالية لصاحب الشخصية غير المستقرة ، وهي في مجموعتين ، المجموعة الأولى وتشمل سمات : شدة الحساسية ، والعدوانية ، والانفعالية الهياجية ، والتقلب ، والنشاط المفرط ، وهي مجموعة من الصفات تزدوج عادة مع السمات الانبساطية ، اما المجموعة الثانية من سمات عدم الاستقرار فهي : اللااجتماعية ، التشاؤم ، والتصلب ، والقلق ، والمزاجية ، وهذه المجموعة من السمات تزدوج عادة مع سمات الشخصية الانطوائية ، وفي الحالتين من الازدواج فإنها تعطي الفرد شخصية غير مستقرة ، وان كانت التهيئة اعظم في اتجاه المرض الشيزوفريني اذا ما كان الفرد انطوائيا وغير مستقر في آن واحد .

الشخصية المحاذرة (المتجنبة) :

صاحب هذه الشخصية يتصف بسمات اكثرها وضوحاً وهي النقص في الثقة بالنفس وتقدير الذات، والحساسية الشديدة لتجارب الرفض من قبل الغير، والانعزال الاجتماعي بالرغم من توفر الرغبة في الحصول على القبول والحب من قبل الغير. وهذه السمات تبدأ في الظهور منذ الصغر، ولها ان تؤدي الى الانكماش عن الغرباء. وصاحب هذه الشخصية هو اقرب ما يكون لصاحب الشخصية الخجولة، فهو يميل الى مصاحبة الناس، الا انه يخشى من الرفض، ويحجم عن التطفل الاجتماعي إلا اذا ضمن قبولاً غير ناقد ممن يتصل بهم، وخصائص هذه الشخصية تماثل خصائص الفرد الذي يشعر «بمركب النقص» الذي وضعه ادلر Adler، وهي تماثل الى حد كبير الخصائص الاساسية لانماط الشخصية الشيزية، والشخصية الاتكالية، والشخصية الناقصة، ولعل اظهر خصائص هذه الشخصية هي سمة الحساسية الشديدة والخوف من المواقف التي تشعره باحتمال الرفض من الغير، وهو يعاني بذلك من شعور دائم بالنقص ، ويحتمي لذلك بالانسحاب من هذه المواقف بقدر ما يستطيع ، وهو اذا ما اضطر للدخول في تعامل مع الغير، فانه شديد الانتباه لموقفهم منه ، وهو يميل عادة الى اساءة تفسير نوايا او اقوال او ردود فعل الآخرين، كما انه اذا ما واجه رفضاً واحداً لمطالبه فإنه ينكمش ويبتعد عن معاودة الاتصال .

الشخصية البارانوية ـ الشكاكة ـ الاضطهادية :

أهم سمات هذه الشخصية هي التشكك في نوايا وفي دلالات سلوك الآخرين كما يظهر ذلك في اقوالهم وتصرفاتهم، ويرتبط مع هذه السمة الاساسية سمات اخرى منها: توقع الاذى من الغير، والمحاذرة الدائمة لمواجهة هذ التوقع ، والتشكك في اخلاص الغير، والميل الى تفسير ما يحدث وكأنه يتعلق به بشكل ما، والاعتدادبالنفس، ونقص في المقدرة على الضحك سواء كان ذلك على ذاته، او في المواقف التي تثير الضحك.

إن أهمية هذه الشخصية تكمن في الحقيقة بأنها توجد في بعض اقارب المرضى المصابين بالشيزوفرينيا، وهذا يحمل على الاعتقاد بأن هذه الشخصية تقع ضمن الطيف الشيزوفريني. ويؤيد هذا الاعتقاد ما هو معروف من ان نصف عدد المرضى الذين يقعون في المرض الشيزوفريني في سن متأخرة ـ

بعد الخامسة والثلاثين، يتصفون منذ مدة طويلة سابقة للمرض بخصائص بارانوية اهمها الغيرة، والتشكك، والاعتداد بالذات، والبرودة العاطفية، والعزلة الاجتماعية. اضافة الى الحساسية الشديدة والمحاذرة، والتهيؤ الى المشاكسة والمخاصمة، ولهذا يمكن اعتبار الشخصية البارانوية شخصية منذرة بالمرض الشيزوفريني، غير أنه من المتعذر حتى الآن اعطاء اي تقدير لنسبة احتمال الاصابة بمرض الشيزوفرينيا لاصحاب هذه الشخصية خاصة واننا لا نعلم مدى انتشار هذا النمط من الشخصية بين الناس، اضافة الى ان سمات الشخصية تتفاوت قوة في حدود واسعة، وقد لا يكون من السهل التعرف عليها.

الشخصية الشيزية (الفصامية Schizoid) :

سميت هذه الشخصية بهذه التسمية نظراً لما لوحظ من علاقة بين خصائصها وبين المرض الشيزوفريني، وهي علاقة تتضح من ان نسبة كبيرة من مرضى الشيزوفرينيا يتصفون بخصائص هذه الشخصية ولزمن طويل قبل وقوعهم بالمرض، كما انها تتضح من ان بعض اقارب المرضى بالشيزوفرينيا يحملون مثل هذه الشخصية ، وان بعض الذين يتصفون بها في طفولتهم وحداثتهم يصابون بالمرض الشيزوفريني فيما بعد.

وبالنظر الى هذه العلاقة الوثيقة، فقد اصطلح تعبير الشيزية، وهو يعني شيزوفرينيا مصغرة، او فصام اصغر «الشخصية الفصيمية»، ولهذا المصطلح ان يوحي وكأن صاحب هذه الشخصية هو اشبه بنبتة صغيرة لها ان تنمو لتصبح شجرة كبيرة. غير ان ما توحي به التسمية من انذار بالمرض قد لا يتحقق بالفعل، ومع اننا لا نعلم على وجه الدقة نسبة المصابين بالشخصية الشيزية في المجتمع بصورة عامة، الا انه يمكن القول بأن الجزء الأكبر منهم لا يتطور الى حالة مرضية شيزوفرينية.

تبدأ ملامح الشخصية الشيزية في الطفولة، وذلك حوالي الرابعة او الخامسة من العمر. وتتجلّى عادة في الطفل الأول او الطفل الوحيد لوالديه، ومع ان الأطفال بهذه الشخصية لهم من الاقارب من هم مرضى بالشيزوفرينيا اكثر مما لغيرهم من الاطفال ذوي الشخصية الطبيعية، الا ان فعل الوراثة في تكوين هذه الشخصية ما زال غير واضح، ومهما كان فعل الوراثة في هذا التكوين فإن للمحيط، وخاصة المحيط العائلي، وما يتحكم فيه من علاقات وتفاعلات، الأثر الكبير في بناء هذه الشخصية من الأساس التكويني لها والذي قد يكون قائماً عند الولادة. واهم العوامل العائلية التي تشارك في بناء هذه الشخصية هي : العزلة الاجتماعية للعائلة، ووجود حالات مزمنة من المرض في المحيط العائلي، وحوادث التفريق بين افراد العائلة، وخاصة بين الوالدين، أو ابتعاد الطفل عن البيت بسبب او آخر، وللحضارة التي يولد فيها الطفل ويترعرع بعض الأثر في تكوين هذه الشخصية، فالطفل الذي ينمو في حضارة محافظة وانعزالية، هو أكثر ميلاً لاكتساب بعض خصائص هذه الشخصية كالابتعاد عن الاتصال الاجتماعي، وتجنب الغرباء. ولهذه الشخصية ان لا تلاحظ الا في وقت متأخر من الطفولة والنمو وذلك عندما يواجه الحدث او البالغ مواقف جديدة وطارئة لم يواجهها أو يتكيف عليها من قبل، ومن ذلك، اضطراره للذهاب للمدرسة لاول مرة، أو تحسسه بتدفق الرغبة الجنسية في سن البلوغ وعدم مقدرته على التصرف بها والسيطرة عليها. وللحدث في مثل هذه المواقف ان يتجه الى الانسحاب الى ذاته والنكوص الى دور سابق وطفولي من حياته

مما له ان يجنبه ملاقاة الواقع وما فيه من متطلبات لا يستطيع الوفاء بها.

ان اهم الخصائص التي يتصف بها الطفل الشيزي في البداية هي ميله للانسحاب من التماس الاجتماعي وخاصة مع الغرباء، وبعد ذلك تظهر عليه بعض الخصائص الأخرى، كالبطء بالتكيف على المواقف الجديدة او الطارئة، والانخفاض في مستوى النشاط العام، والانسحاب من الاثارات الغريبة، والهبوط في مستوى الانفعالات العاطفية، واتجاه نحو السلبية في الشعور والتعامل والطفل الشيزي عادة يظهر حساسية وانفعالاً زائداً عندما يواجه مواقف تثير القلق والاجهاد، وجميع هذه الخصائص لها ان تزيد في ميل الطفل لتجنب الغرباء او مواجهة المواقف الغريبة. وباستمرار هذا النمط من التعامل، فإن الطفل ينمو في عزلة اجتماعية، ويتجنب المواقف التي تتطلب التنافس والمباراة او المقارنة مع الغير، سواء وقع ذلك داخل العائلة او خارجها، وهو بهذا التجنب يحاول تفادي الفشل والانتقاد والرفض، وهي المواقف التي لها ان تحرك في نفسه الغضب والغيظ والقلق والشعور بالنقص، وهذه الاعراض قد تبدأ تدريجياً في الطفل، غير انها قد تبدو وكأنها طارئة وحديثة، وذلك يعود الى ان العائلة قد تبطىء في ملاحظة خصائص هذه الحالة، اما لانها لا تدرك دلالاتها، او لأنها تخطىء في تفسيرها، كأن تعتبرها مظهراً من مظاهر الأدب والعقلانية وحسن الخلق في الطفل، او لأن العائلة قد تكون مضطربة في جوها العائلي وعلاقاتها، بحيث تضيع خصائص الطفل الشيزية في غمرة الاضطراب العائلي. ثم ان سمات الشخصية، كما سبق وذكرنا، قد لا تظهر بصورة جلية الا عند تعرض الطفل او الحدث او المراهق الى ظروف ومواقف طارئة من الشدة وبقدر يزيد على مقدرة الفرد على التكيف عليه بنجاح، او احتواء نتائج الفشل في ملاقاته.

ان بعض الاطفال والاحداث والمراهقين يمرون بأدوار حياتية قد تظهر فيها بعض خصائص الشخصية الشيزية، غير ان تشخيص قيام هذه الشخصية وسماتها يقتضي ظهور معالمها الاساسية منذ سن الطفولة، واستمرار هذه المعالم وسماتها لمدة طويلة من الزمن. وعلى العموم فإن صاحب هذه الشخصية يظل يحمل طابعها الاساسي طوال الحياة، غير ان لهذه القاعدة شواذ عديدة، مما يدلل على ان نمو الشخصية ودرجة ثباتها تعتمد على نتيجة التفاعل بين الامكانيات البايولوجية للشخصية، وهي امكانيات وراثية وتكوينية، وبين الظروف والتجارب الحياتية التي يعيشها الفرد، وما في هذه الظروف والتجارب من متغيرات لها اما ان تؤكد النمو في اتجاه تثبيت معالم الشخصية الشيزية، او أن تقلل وتخفف من هذا الاتجاه.

لقد وضع الكثيرون من الباحثين مواصفات عديدة للشخصية الشيزية. ومهما كان الاختلاف بينهم حول بيان اسباب نشوء هذه الشخصية ومدلولاتها المرضية وطرق تحويرها او علاجها، فانهم يتفقون في حدود واسعة حول خصائصها الهامة. وفيما يلي اهم الخصائص التي تلاحظ في الفرد الذي يمكن وصفه وتشخيصه بأنه شيزي الشخصية:

● ظهور بوادر هذه الخصائص في الطفولة (بين سن الخامسة وسن السابعة)، وهي المرحلة الحياتية التي تواجه الطفل ولأول مرة بالمواقف والحوادث التي تتطلب التكيف.

● النقص في المقدرة على تكوين علائق اجتماعية، مع قلة في الميل نحو المشاركة الاجتماعية، ويصاحب ذلك عادة الانفعال عند الاضطرار او الاجبار على التعامل والتجاوب الاجتماعي.

● الانسحاب والانزواء والانعزال، وخاصة من التماس مع الغرباء، والانفراد في ممارسة الهوايات او تنفيذ الرغبات، وتجنب المنافسة مع اخوانه واترابه واقرانه والاعراض عن المشاركة في الفعاليات المشتركة كالألعاب الجماعية، والرحلات، والتمثيليات والمهرجانات والنوادي، والدعوات والطقوس الدينية الجماعية، ويرتبط بهذه الخصائص ردود فعل انفعالية من الغيظ والغضب والتوتر عند الاضطرار لمثل هذه المشاركات. والتي يحاول تجنبها بالتغيب عن هذه الفعاليات.

● نقص في المقدرة على التعبير العاطفي، ويصاحب ذلك عادة انحراف بسيط في التفكير كالانشغال بمفاهيم غامضة، والركون الى نفسه والانغماس في غمرة من احلام اليقظة.

● ميل عن اتخاذ الاصدقاء، واذا اتخذ صديقاً فهو عادة على شاكلته، ومن الذين احكم العلاقة معهم منذ الصغر، وهو على العموم يفضل ممارسة نشاطه وهواياته داخل البيت، ويقبل بصورة تزيد عن المألوف على قراءة الكتب والمجلات والقصص، ومشاهدة التلفزيون وممارسة بعض الالعاب المقررة كالتي يوفرها الكومبيوتر.

ان هذه الخصائص لكي تكون مشخصة للحالة الشيزية فانها يجب ان تقترن بغياب خصائص اخرى، والتي اذا ما وجدت ايضا فان الحالة تتوقف عن كونها شخصية شيزية، واهم الخصائص التي يقتضي ان تكون غائبة في الفرد الشيزي هي:

١ ـ النقص او العجز في ادراك الواقع على ما هو عليه.
٢ ـ الشكوى والتذمر من الوحدة، ذلك لأن صاحب الشخصية الشيزية يفضل الوحدة والانفراد ولا يبدي مللاً منها.

٣ ـ وجود اعراض تدلل على اضطراب اساسي في التفكير والسلوك والعاطفة وخاصة الاوهام الفكرية، والهلاوس الحسية.

ان أكثر ما يثير اهتمام الاطباء واولياء الأمر وغيرهم من ذوي العلاقة بالطفل او الحدث صاحب الشخصية الشيزية، هو ما يمكن ان يترتب على وجود هذه الشخصية من نتائج مرضية وخاصة المرض الشيزوفريني. ومن هذا الاحتمال ينبع الاهتمام بمسألة الوقاية من تطور الشخصية الشيزية الى حالة المرض الفعلي، وفي ما يتعلق باحتمال اصابة صاحب الشخصية الشيزية بمرض الشيزوفرينيا، فإن هنالك آراء مختلفة في هذا الموضوع، وهذا الاختلاف ناجم عن صعوبة تقرير نسبة المصابين بهذه الشخصية، ولعل اقرب تقدير لوجود هذه الشخصية يقع في حدود $\frac{1}{2}$٧ في المئة من الناس، وقد افادت دراسات روث Roth، وسليتر Slater، بأن نصف عدد المرضى بالشيزوفرينيا كانوا يتصفون بشخصية شيزية قبل وقوعهم بالمرض، ويتعارض مع هذا الاستنتاج ما افاد به باحث آخر (موريس Morris)، ممن تابع مسيرة ٥٤ من الاطفال الذين اتصفوا في صغرهم بخصائص الشخصية الشيزية مما اوجب مراجعتهم للعيادات الخاصة بتوجيه الاطفال، وبعد متابعة امتدت ما بين ١٦ الى ٢٧ سنة، فإن الباحث لم يجد الا واحداً منهم فقط قد وقع بالمرض الشيزوفريني، وهي نسبة لا تزيد كثيراً على ما يتوقع من حدوث المرض في المجتمع بصورة عامة. وفي دراسة ثالثة (وت وجماعته Watt) تابع

فيها مسيرة ١٦٤ طفلا شيزيا ، فانه لم يجد الا واحداً فقط ادخل المستشفى بسبب اصابته بالشيزوفرينيا. وفي دراسة رابعة قام بها (مايكل Michael) على ٥٤ من الاطفال الانعزاليين، وتابع مسيرتهم حتى الشباب، وجد بأن ثلثيهم قد استطاعوا التكيف الناجح في الحياة، والثلث الآخر منهم استطاع درجة هامشية من التكيف وعاشوا حياة هادئة ومنطوية، ولم يقع في المرضى الشيزوفريني الا اثنان منهم فقط، وهذه النتائج لا تدلل بالضرورة على ان لا خطر من اصابة صاحب الشخصية الشيزية بالمرض الشيزوفريني، وانما تدلل على ان هنالك تسامحاً في تشخيص الحالة، كما ان هنالك استعجالا في هذا التشخيص ، ولو امكن تطبيق مقاييس تشخيصية اكثر دقة وتشددا بما في ذلك درجة ثبات الشخصية من الطفولة حتى المراهقة ، فإن للشخصية الشيزية ان تظهر من الرابطة بمرض الشيزوفرينيا ما هو اكثر وثوقا ، غير ان هذا لا يعني بالضرورة بأن صاحب هذه الشخصية وحتى بأشد درجاتها لا بد ان يتجه نحو المرض الشيزوفريني ، ذلك ان مسيرة ونهاية الشخصية الشيزوفرينية هي مسيرة غير ثابتة ، وتطورها يعتمد على عدة عوامل ، واهمها : الاصول الوراثية للطفل ، والظروف العائلية المحيطة به ، والتجارب الحياتية ، والبيئة الحضارية التي يعيشها بمحتواها الاجتماعي والثقافي وحتى الاقتصادي لأن كل عامل من هذه العوامل قد يكون مناصرا للطفل او مضادا له ، فإن لشخصيته اما ان تنمو وتتطور في اتجاه المرض ، او ان تتخذ مسارا آخر .

والأمر الثاني الذي يثير الاهتمام يتعلق بامكانية منع اكتساب الطفل للشخصية الشيزية، او الحيلولة دون تطورها الى حالة مرضية، وقد جرت محاولات عديدة في هذا الشأن، غير انه يمكن القول بأن معظم هذه المحاولات الوقائية او العلاجية لم تكلل بالنجاح في اولئك الذين ثبتت واستقرت فيهم معالم الشخصية، غير انه يظل بالامكان مساعدة الكثيرين من الاطفال والأحداث بالتغلب على الكثير من السمات التي يعانون منها، وهذا قد يأتي عن طريق تثقيف وتوجيه والدي الطفل والحدث لاتخاذ المواقف التي تتسم بالصبر والمرونة والمثابرة ، ومحاولة تجنيب الطفل ضرورات الانكماش والانسحاب الى ذاته، وذلك بتجنب اقحامه السريع للاتصال الاجتماعي، او المنافسة، وعدم تعريضه الى ما يوحي له بالرفض أو الانتقاد أو المس بتقديره لنفسه. اما العلاج الطبي، فهنالك ما يؤكد بأن العلاج الدوائي عديم الفائدة، كما ان لا جدوى من المعالجة الكهربائية، والتي يحاذر استعمالها في علاج الاطفال على كل حال، أما العلاج النفسي، فهو العلاج المفضل في بعض المحافل الطبية. ويهدف العلاج النفسي، عن طريق اسلوب الاسناد والتعريض التدريجي لتجارب الحياة، الى دفع الطفل او الحدث الشيزي الى الدخول في تعامل مع الغير بدون الاضطرار الى الانسحاب. ومن الوسائل العلاجية المستعملة طرق العلاج السلوكية بما في ذلك تقديم النموذج للطفل لكي يقلده «النمذجة»، والاغراء، والمكافأة. ويتفق الاخصائيون في العلاج بأن افضل النتائج العلاجية تحدث كلما كان الطفل اصغر سنا وأحدث عهداً بخصائص شخصيته، وكلما كان المحيط البيتي اكثر تفهماً لواقعه، واكثر خلواً من خصائص شخصية مماثلة لشخصية الطفل.

٢ ـ طفولة الشيزوفريني

مرض الشيزوفرينيا ليس من الأمراض الطارئة، فهو في معظم الحالات ينم عن امكانية وجوده بظهور بعض العلامات والمظاهر في الطفولة الصغيرة وهي العلامات والمظاهر التي لها ان تتزايد تدريجيا عبر ادوار الطفولة والمراهقة والى ان تصل بصاحبها حتى المرض الفعلي . غير ان هنالك حالات اخرى يبدأ فيها المرض بصورة حادة ومفاجئة وبدون خلفية سابقة من الاضطراب او الاختلاف عما هو طبيعي، ويرى البعض في هذه الحالات اما أنها حالات غير شيزوفرينية بالمعنى الدقيق وان كانت مشابهة للشيزوفرينيا في اعراضها،او ان البحث الدقيق والوافي في طفولة وحداثة المريض لا بد ان يظهر بعض الانحراف عما هو طبيعي في ناحية او اخرى من تفكيره او سلوكه او عاطفته.

ان الحصول على البينات عن طفولة المريض الشيزوفريني قد اعتمد على ما يفيد به اقارب المريض في عائلته،وهي بينات رجوعية تعطى من الانطباع والذاكرة بعد فوات الزمن، وقد تكون العائلة عاجزة عن ملاحظة او تذكر او وصف تجارب ومظاهر طفولة مرضاها،وسبب هذا العجز يعود الى عدة اسباب منها ان العائلة قد تكون مضطربة في حياتها وهو ما يمنعها من ادراك وجود الاضطراب في شخصية احد افرادها،ثم انها قد تكون منشغلة في مشاكلها وصراعاتها بحيث تهمل الاهتمام والانتباه الى ما يعانيه احد اطفالها،وفي معظم الحالات التي يبدو فيها بأن العائلة تلاحظ اطفالها فإنها اما تتغاضى عما تلاحظه من دلالات خشية مواجهة احتمال المرض،او انها تفسر هذه الدلالات على غير ما هي عليه فترى في عزلة وهدوء وانطوائية المريض وابتعاده عن التواصل مع افراد العائلة والاصدقاء والناس بأنها مظاهر مدللة على حسن الخلق والادب والطاعة،وهكذا فإن العائلة لا يمكن اعتبارها شاهدا موثوقا عن المريض في طفولته كما لا يمكن الأخذ كليا بما تصفه العائلة عن واقعها الحياتي ومشاكلها وصراعاتها او عن معاملتها للمريض في طفولته. ومع انه لا يمكن الاستغناء كليا عن هذه العينات العائلية عن المريض في طفولته وعن العائلة بكاملها،الا انه يقتضي التحقق من هذه البينات عن طرق اخرى اكثر موضوعية واقل تحيزا . ومن اهم هذه الطرق، البينات المتوفرة من المدارس التي انتمى اليها المريض في طفولته وحداثته ابتداء من دور الحضانة الى رياض الاطفال وصعودا الى مراحل الدراسة السابقة للمرض،ويضاف الى ذلك اية بينات اخرى مستقاة من المراجعات الطبية في مراكز رعاية الاطفال وغيرها من المؤسسات التي تعنى بشؤون الاطفال والأحداث .

ومن المصادر الهامة في توثيق طفولة المريض، هي الانطباعات التي يحملها اقران المريض في طفولته او المتصلين به في المجتمع او المدرسة وما يمكن ان يتوفر في افادات الشرطة عن سلوكه،ذلك ان لبعض المرضى في طفولتهم مسالك تضعهم تحت طائلة القانون.ومن المصادر التي يجب ان لا تغفل عن طفولة المريض هو ما يمكن ان يفضي به المريض عن طفولته وحداثته، غير انه يقتضي ان يؤخذ بعين الاعتبار ان المريض في هذا الافضاء يلون روايته عن طفولته بما يتلاءم مع حالته العقلية وبصورة لا تنطبق على واقع الحوادث في طفولته.

ان تأمل طفولة وحداثة اعداد كبيرة من الذين وقعوا بالمرض الشيزوفريني يفيد بان هؤلاء قد عانوا من مظهر او آخر من مظاهر الاضطراب في حياتهم وبأن هذا الاضطراب قد بدأ في سن مبكر وبانه تواصل

بصورة او اخرى حتى وقوع المريض. ويتبين من التاريخ السابق للمرض، بان الطفل او الحدث قد سلك طرقا مختلفة حتى وقوعه بالمرض، وان طريق الواحد تختلف ولو بعض الشيء عن طريق الآخر، ومع هذا الاختلاف،الا انه يمكن جمع فئات من المرض في مجموعات معينة من خصائص الطفولة ومن اهم هذه المجاميع وخصائصها ما يلي:

١ ـ فئة المرضى الذين اتصفوا في طفولتهم بتعلق شديد وغير طبيعي بامهاتهم،فالطفل يشاطر امه غرفة النوم حتى سن المراهقة وما بعد،ويتبول في فراشه ليلا ويعاني من الكوابيس،كما يعاني الخوف والفزع عند ابتعاده عن البيت بما في ذلك الذهاب للمدرسة.

٢ ـ فئة تتصف بالعزلة والانطوائية والانكباب على القراءة، وتجنب اللعب والاصدقاء والاتصال الاجتماعي.

٣ ـ فئة تتصف بالخمول وعدم الاستقرار والخجل وعدم الاكتراث بما يجرى حولهم ومداعبة احلام اليقظة.

٤ ـ فئة تتصف بالحساسية المفرطة والانفعال السريع والميل الى فورات من الغضب والتعدي.

٥ ـ فئة عرفت بانها تتجنب الصلات الاجتماعية اضافة الى مظاهر انعدام اللياقة والحشمة والادب.

٦ ـ فئة تتصف بالمطاوعة والتقبل لآراء ورغبات واوامر والديهم او من يكبرهم مع الافراط في الحشمة والتحفظ والخوف من التعبير عن آرائهم والسعي للأرضاء ولو تطلب ذلك اقصى درجات الخضوع.

٧ ـ فئة تتصف بسلوك التهرب من المدرسة والتشرد من البيت ويرتبط ذلك عادة بالعناد والانفعال والعنف والايذاء.

ان هذه المجاميع من الأعراض في طفولة وحداثة المرضى بالشيزوفرينيا لا تظهر بالضرورة على هذا الشكل او ذاك دون غيرها،ذلك ان الفتى قد يظهر من الأعراض ما هو اكثر من مجموعة في آن واحد او بين حين واخر: فهو قد يجمع بين الهدوء وعدم الاستقرار، وبين الخنوع والمطاوعة وبين العناد والعنف. ومع ان هذه الأعراض وهي عادة غير مفردة تشاهد كثيرا في التاريخ السابق للمريض، الا أنها إعراض غير مميزة او متوفرة حصرا في المريض الشيزوفريني فهي في مجموعها قد تتوفر في ماضي المصابين بامراض نفسية او سلوكية او عقلية اخرى،كما انها لا تتضح في ماضي كل مريض شيزوفريني.وقد حاول الكثيرون من الباحثين تعيين الأعراض المنذرة بمرض الشيزوفرينيا والتي قد تظهر في الطفولة والحداثة والمراهقة.وقد استنتج الباحثان اونيل وروبنز من دراساتها لهذا الموضوع ان اتسام الطفل والحدث بسمات التشرد، والميل للعراك والايذاء، والانفعالية والعناد، هو اكثر احتمالا بان يؤدي في النهاية الى الاصابة بالشيزوفرينيا من اتسام الطفل بالاضطراب النفسي او الجنوح.

الشخصية الشيزية

لقد استقر في اذهان الناس والباحثين بان صاحب الشخصية الشيزيه في طفولته وحداثته هو فرد مؤهل للأصابة بمرض الشيزوفرينيا في الكبر، وذهب البعض الى حد الافتراض بان المريض الشيزوفريني

لا بد انه كان صاحب شخصية شيزية قبل اصابته الفعلية بالمرض. كما ان آخرين قد علقوا تشخيص الأصابة الفعلية بالمرض على ضرورة توفر سمات الشخصية الشيزية في المريض ولمدة طويلة قبل الاصابة بالمرض. ومع ما هو واضح من الرابطة بين مصطلح الشيزي والشيزوفرينيا، وهي رابطة توحي بان الشيزي هو شيزوفرينيا مصغرة او درجة اولية من المرض الشيزوفريني.ومما هو معروف من وجود الخصائص الشيزية في حداثة بعض الذين يقعون في المرض الا انه لا يوجد ما يبرر توقع المرض في كل من له صفات الشخصية الشيزية من الاطفال والاحداث،ذلك ان نسبة قليلة جدا من هؤلاء يقعون في المرض،اما البقية وهم الاكثرية العظمى، فاما يظلون على حالتهم التي تقتصر على المرض او انهم يتجهون الى حالة مرضية اخرى. وهنالك اتجاه في الوقت الحاضر لاعتبار الشخصية الشيزية بانها حالة مرضية وبانها حالة متميزة بخصائصها وبأن صاحبها يقع في مرتبة وسطى بين حالة الفرد الاعتيادي والذي تغلب عليه خصائص الشخصية الانطوائية وبين حالة المريض الشيزوفريني،ولصاحب هذه الحالة الوسطى ان يظل كذلك طوال حياته دون ان يؤول الى حالة طبيعية او ان يتطور الى حالة مرضية شيزوفرينية،وان كانت هنالك حالات يرتد فيها صاحب هذه الشخصية الى شخصية طبيعية.كما ان هنالك حالات اخرى وهي لا تبدو عديدة يتطور فيها صاحب الشخصية الشيزية الى مرض الشيزوفرينيا.

ان خصائص الشخصية الشيزية تبدأ في الطفولة الصغيرة وهذا يحدث عادة حوالي الرابعة او الخامسة من العمر،غير ان بعض مظاهر هذه الشخصية قد تبدأ في عمر اقل كما قد لا تظهر الا في وقت لاحق في سن البلوغ، وبعد ان يكون الطفل قد تحلى بخصائص طبيعية في شخصيته وسلوكه.واهم الصفات التي تشير الى ان الطفل يسير في طريق اكتساب الشخصية الشيزية هى الصعوبة في التكيف مع الناس والمواقف الجديدة والخارجة على المألوف .والبطء في النشاط والانفعالية كالاستجابة للاثارة او اللعب والميل الى الانسحاب من المثيرات الغريبة وقلة الاستجابة للمثيرات العاطفية، والمزاج السلبي، والحساسية المفرطة للإثارات المقلقة او المجهدة، وجميع هذه الخصائص تؤدي بالطفل الى اللجوء الى الانزواء والانسحاب من مواجهة الناس وخاصة الغرباء ومن التعرض الى تجارب جديدة في الحياة. وبنتيجة ذلك فان الطفل ينمو في عزلة اجتماعية، ويتجنب المواقف التي تتطلب المنافسة، سواء مع اخوانه في العائلة او خارجها وذلك تجنبا للفشل والرفض والانتقاد، وما لذلك ان يجلب من غضب وقلق وشعور بالنقص،وهذه الأعراض قد تبدأ بصورة تدريجية في الطفل غير انها قد تكون الصورة الكاملة عن الطفل عندما يلاحظها اولياء امره وقد يتأخر الأولياء في ملاحظتها خاصة اذا كانت العائلة كبيرة او كان الوالدان أو أحدهما يتمتع بخصائص مماثلة من الشخصية، هذا وكثيراً ما يخطىء في تعليل هذه الشخصيةوهم يعتبرونها احيانا بأنها خصائص طفل عقلاني هادىء ورزين وغير متعب وبان الطفل ملاك وفي بعض الاطفال قد تظهر هذه الخصائص على اثر حادث او تجربة معينة في حياة الطفل كفراق الطفل سواء بموت احد والديه او شقيقه، او الفراق او الطلاق او الدخول الى المدرسة او التبني او التعرض الى تجربة صارمة ومفزعة في البيت او خارجه . وفي بعض الاطفال تكتسب هذه الخصائص كوسيلة دفاعية وتخدم غرض تجنب الطفل لمواقف مؤذية لا يستطيع مواجهتها او التغلب عليها وهو لذلك يضيق كثيرا من مجال ذاته لكي لا يتعرض للاذى وهذا كثيرا ما يحدث عندما يعيش الطفل في جو عائلي مشحون بالتوتر والنزاع والتهديد والخلو من حرارة التعاطف.وفي الحالات التي تبدأ فيها هذه الخصائص الشيزية في

سن البلوغ والمراهقة ، فان ذلك يحدث عادة اما بنتيجة ابتعاد الحدث وتغربه في الدراسة او بسبب البلوغ وما له ان يغمر البالغ بفيض عنيف من الطاقة الجنسية وما يقترن به ذلك من اتجاه نحو التعدي،فاذا عجز الفتى عن التصرف بهذه الطاقة الطارئة والعاتية فانه ينكمش على ذاته كوسيلة للدفاع عن نفسه من الاذى المحتمل اذا ما اقدم على تصريف هذه الطاقة على طبيعتها،وهذا بطبيعة الحال يؤدي الى كبت الطاقة وحاجاتها ومعها العالم الواقعي كما هو وبدلا من ذلك فان الفتى يعيش عالما مليئا بالخيالات واحلام اليقظة والتفكير الذاتي.

لقد قام الكثيرون بوضع خصائص مميزة للشخصية الشيزية ولكنهم مهما اختلفوا فيما بينهم حول أسباب ظهور هذه الشخصية او حول مدلولاتها المرضية في المستقبل فانهم يتفقون الى حد كبير على تعيين الملامح الاساسية لهذه الشخصية واهم هذه الملامح المتفق عليها هي :

- ظهور هذه الخصائص في الطفولة (بين الخامسة والسابعة) وفي بداية المراهقة (البلوغ) وهي الفترات التي تواجه الطفل او الحدث بتجارب تتطلب التكيف.
- النقص في مقدرة الطفل على تكوين علاقات اجتماعية،مع قلة في الميل للمشاركة الاجتماعية،ويرتبط بذلك عادة الانفعال عند الاضطرار او الاجبار على التجاوب الاجتماعي.
- الانسحاب والانزواء والانعزال والانفراد في ممارسة هواياته او رغباته مع تجنب المنافسة مع غيره عن الاطفال او الاحداث بما في ذلك اللعب الجماعي او المشاركة بالفعاليات الجماعية الاخرى كالتمثيليات والرحلات.ويرتبط بهذه الناحية من الخصائص تعرضه الى سلوك عشوائي من الغضب والعنف .
- تنقصه المقدرة على التعبير العاطفي ويصاحب ذلك عادة انحراف بسيط في التفكير والانشغال بمفاهيم غامضة والركون الى نفسه والانغماس باحلام النهار.

وهذه الخصائص تبدو للذي هو على معرفة او صلة بالطفل والحدث، بأن صاحبها هو فرد منطوٍ وفاتر الهمة وخامل، ومتقلب المزاج، وبانه غريب في بعض الاطوار مما يمكن وصفه بانه شاذ بعض الشيء وبانه خجول وحساس وعرضة للانفعال المؤدي الى العنف والايذاء. وهو على العموم ينفرد بلعبه وهواياته ويفضل الحصول على متعته من قراءة الكتب والمجلات والقصص ومشاهدة التلفزيون وما ماثله من الفيديو والكومبيوتر بدلا من المشاركة مع غيره في اللعب او فعاليات المدرسة او النادي،وهو قليلا ما يميل الى اتخاذ الاصدقاء،واذا فعل استقر على صديق واحد واستثمر فيه كل عاطفته وفكره وعانى من الصدمة اذا ما افتقده لسبب او آخر سواء كان الصديق من جنسه او من الجنس الآخر.

مسيرة صاحب الشخصية الشيزية

ليس هنالك من مسيرة او نهاية واحدة وثابتة لصاحب الشخصية الشيزية ذلك ان تطور الحالة يعتمد على عدة عوامل ومن هذه الاصول الوراثية للطفل والظروف العائلية المحيطة به والتجارب الحياتية التي تصادفه والبيئة التي يعيشها بمحتواها الاجتماعي والحضاري والثقافي.هذا ويمكن لهذه الشخصية وخصائصها ان تنتهي على صورة او اخرى من الحالات التالية.

اولاً : يمكن ان تكون هذه الخصائص مؤقتة ، على اعتبار انها تمثل حاجة عابرة للتعايش مع ظروف طارئة معينة تفرض على صاحبها ضرورة الانزواء وتحديد مجال الاتصال مع الواقع كوسيلة للدفاع عن النفس وتجنب الاذى المحتمل. ومثل هذا قد يحدث في الطفولة عند مواجهة الطفل لظروف وتجارب شديدة يصعب عليه احتمالها،كما قد تحدث في سن البلوغ وبداية المراهقة،وفي الحالتين فان علائم الشخصية تزول بزوال دواعيها.

ثانياً : يمكن ان تكون هذه الخصائص مستمرة وان تتطور تدريجيا والى الحد الذي يصبح فيه صاحبها بصورة دائمة مدى الحياة شخصا انعزاليا يتجنب التماس مع الناس في الدراسة او العمل او اللهو والترفيه، ولهذا الواقع ان يقلل من فرص اكتسابه للمهارات المهنية التي تتطلب المشاركة الاجتماعية او التحصيل الدراسي الذي يتطلب التماس والمنافسة مع اقرانه وبالتالي فانه يصبح عاجزا وبدرجات متفاوته عن ملاقاة متطلبات المحيط الذي يعيشه،غير ان هذا لا يمنع ان يصيب بعض هؤلاء النجاح والتفوق الابداعي في بعض المجالات التي لا تتطلب بالضرورة المشاركة الاجتماعية،وهنالك الكثيرون من العباقرة ممن اتصفوا بهذه الخصائص الشيزية والى درجة حملت على الافتراض بوجود رابطة جذرية بين الابداع وبين الشخصية الشيزية.

ثالثاً : هنالك البعض من اصحاب هذه الشخصية ممن يواصلون مسيرتهم حتى الوقوع في المرض الشيزوفريني غير ان هنالك اختلافا بين الباحثين حول درجة هذا الاحتمال.

الشخصية الشيزية ومرض الشيزوفرينيا

توحي التسمية بالشيزي (الفصيمي) بان صاحبها يعاني من درجة اصغر او اقل من مرض الشيزوفرينيا مع ان الشيزي مع كل ما يتمتع به من خصائص تنوه بهذه الرابطة الا انه لا يظهر ما يتصف به الشيزوفريني من عدم المقدرة على ادراك الواقع،كما ان احاسيسه طبيعية فهو لا يعاني من سرابات او هلاوس، كما ان تفكيره طبيعي حتى ولو كان يميل الى التجريد او الغموض،وهو لا يحتوي اية اوهام.وهنالك من يجد رابطة اشد بين الشخصية الشيزية وبين المرض الشيزوفريني،ففي بعض الدراسات ومنها دراسة روث Roth وسليتر Slater افادا بأن نصف المصابين بالشيزوفرينيا كانوا يتمتعون بخلفية من الشخصية الشيزية ويتعارض مع هذه الدراسة او ما توحي به ما افاد به موريس morris والذي تابع مسيرة ٥٤ من الاطفال الذين تمتعوا في صغرهم بخصائص الشخصية الشيزية مما اوجب مراجعتهم لعيادات ارشاد الاطفال ومع ذلك فان واحد منهم فقط قد اصبح شيزوفرينينا وذلك بعد متابعة امتدت الى ما بين ١٦ الى ٢٧ سنة.وفي دراسة اخرى لباحث آخر شملت ١٦٤ طفلا شيزيا، فان واحدا منهم فقط قد اصيب بالشيزوفرينيا.وقد يبدو هذا التعارض في نتائج الدراسات امرا يصعب تعليله،غير ان دراسة روث وسيلتر والتي نجد ٥٠ في المئة من الخلفية الشيزية في مرضى الشيزوفرينيا انما هي دراسة خلفية بينما الدراسات الاخرى هي دراسات متابعة،ومع الاختلاف الواضح بين هذين النمطين من الدراسات الا انه يمكن الافتراض بان الخلفية الشيزية تكثر في الفترة السابقة للمرضى بالشيزوفرينيا وربما بصورة تزيد على اية خلفية اخرى،غير ان تمتع الفرد بالشخصية الشيزية لا يؤدي بالضرورة الى الاصابة بالمرض الشيزوفريني،ومع ان دراسات المتابعة للاطفال الذين يتصفون بالشخصية الشيزية تعطي نسبا للاصابة المستقبلية في حدود الواحد في المئة،

وهي نسبة لا تزيد على نسبة وقوع الشيزوفرينيا في المجتمع بصورة عامة،الا ان النسبة الحقيقية لاحتمال وقوع الشيزي بالمرض الشيزوفريني مازالت غير معروفة ويقتضي لهذه المعرفة تقرير نوعية وشدة كل سمة من سمات شخصية الطفل الشيزي والاحاطة بالعوامل المسببة لكل حاله ورصد كل طفل حتى النهاية لاظهار درجة احتمال اصابته بالشيزوفرينيا وبيان العوامل المرسبة لهذه الاصابة،ومن الجلي ان من الصعوبة بمكان تطبيق جميع هذه المتطلبات،غير ان التقنية الحديثة لها ان تسهل حفظ المعلومات اللازمة عن كل طفل في طفولته وعبر نموه حتى نهاية العمر،مما يسمح برسم مسيرة الفرد بصورة موضوعية وموثوقة والى التوصل الى اجابات صادقة ومقنعة عن مثل هذه المواضيع.

الشخصية الشيزوفرينية

لما كان الكثيرون من المرضى بالشيزوفرينيا يظهرون في سابق اصابتهم بالمرض بانهم كانوا يعانون من اضطراب في الشخصية وصف بانه شيزي ولما كان معظم الذين يعانون من الاضطراب الشيزي لا يسيرون حتى الوصول الى حالة المرض العضلي فقد نشأ الاتجاه الى حسم هذا التعارض الظاهري باصطلاح حيثية توفر الحل لهذا الاشكال وتبقى على الصلة بين الشيزي وبين الشيزوفريني واصطلح لذلك على الشخصية شبه الشيزية Schizotypal لتفي بهذا الغرض. والشخصية هذه هي حد وسط بين الشخصية الشيزية من ناحية وبين المرض الشيزوفريني من ناحية اخرى.فالذي يعاني من هذه الحالة إنما يعاني مما يعانيه صاحب الشخصية الشيزية من عجز في اقامة العلائق الاجتماعية غير انه على خلاف الشخص الشيزي يظهر بعض نواحي الشذوذ في طريقة اتصاله مع الغير وفي سلوكه بصورة عامة وهو يبدو للغير بانه غريب الأطوار ويعاني من السرابات الحسية ومن اللاواقعية ومن الظنون بانه موضع النظر،غير انه مع كل ذلك لا يعاني من مرض عقلي فعلي. وقد اعتبرت هذه الحالة من اضطراب الشخصية بانها حالة وسطى بين الشخصية الشيزية والشخص الشيزوفريني وسميت احيانا بانها حالة شيزوفرينية حدودية او شيزوفرينيا كامنة، او شيزوفرينيا بسيطة. وقد اشترط الباحثون ان يملك صاحب هذه الشخصية أربع خصائص من الخصائص السبع التالية وهي:

١ ـ تفكير سحري، كما يتضح ذلك من الايمان بالخرافات وتوارد الخواطر (التلبثة) والاستبصار (رؤية ما لا يقع تحت البصر)، والحس السادس.

٢ ـ افكار مرجعية (بان بعض ما يحدث يستهدفه ويتعلق بذاته).

٣ ـ الانعزال الاجتماعي بحيث لا يكون له صديق او مؤتمن.

٤ ـ التوهم والانخداع الحسي بحيث يتصور بان هنالك قوة او شخصا يؤثر عليه او يؤثر بصورة عامة مع انه لا وجود له illusion، اضافة الى تجريد الشخصية والشعور بلا واقعية الواقع.

٥ ـ طرق اتصال شاذة ومشوشة كأن يكون كلامه هامشيا او متماسكا فقط مع صلب الموضوع، وانسياب الرابطة في الكلام والاسترسال الفائض وتجاوز الموضوع.

٦ ـ الترفع: برودة العاطفة، وقلة التعاطف مع الغير.

٧ ـ الافكار التشكيكية بنوايا الغير والاعتداد بالنفس (الأفكار البارانوية) .

٨ ـ قلق اجتماعي لا مبرر له مع حساسية مفرطة لاي انتقاد يوجه اليه كما يقتضي ايضا ان يكون الشخص خاليا من المرض الشيزوفريني .

ومن امعان النظر في هذه الخصائص يتضح بان صاحب الشخصية شبه الشيزية يشاطر صاحب الشخصية الشيزية في خصائص الانعزال والعجز الاجتماعي،ومن ناحية اخرى فهو يشبه الشيزوفريني في خصائص اخرى،فهو لا يعرف مشاعره الخاصة وهو خرافي التفكير ويصدق اللامعقول ويعيش عالما داخليا مليئا بالعلاقات الخيالية والمخاوف وخيالات طفولية،وهو يعزو لنفسه مقدرات خاصة في العلم والبصيرة كما هو الحال عند من يمارس قراءة الفنجان، او الكف، او قراءة البخت بحصى الرمل والمنجمين والمعزمين وغيرهم.ومع كل ذلك فان المريض لا يعاني من اضطراب عقلي كالذي يعانيه المريض الشيزوفريني.ولما كانت هذه الحيثية جديدة من حيث اصطلاحها وتفريقها عن كل من الشخصية الشيزية من ناحية والمرض الشيزوفريني من ناحية اخرى فان هنالك الكثير مما لا يعرف عنها حتى الان من حيث انتشارها واسبابها ومسيرتها ومصيرها،كما انه لا يعرف حتى الان نسبة الذين يقعون منها في النهاية بحالة المرض الشيزوفريني .

ان ما يثير اهتمام العائلة عند وجود طفل او حدث او مراهق من بين افرادها ممن له بعض الخصائص التي بيناها لصاحب الشخصية الشيزية ولصاحب الشخصية شبه الشيزية هو خشية تطور هذه الخصائص الى حالة عقلية دائمة خاصة مرض الشيزوفرينيا وهذه المخاوف تساور الطبيب ايضا والذي لا يستطيع تشوف مصير هذه الحالة في المستقبل .

٣ ـ عائلة الشيزوفريني

العائلة التي يوجد فيها مريض بالشيزوفرينيا ، هي عائلة متهمة كما أنها معانية في آن واحد ، فهي متهمة ، إن لم تكن مدانة ، لما هو ظاهر من أن المرض الشيزوفريني ينتقل بالوراثة ، وبسبب ما يلاحظ أيضاً من أن الظروف الحياتية التي يعيشها المريض قبل مرضه وفي مراحل نموه من الطفولة وحتى وقوع المرض ، هي ظروف غير طبيعية ولا تتوافق مع متطلبات النمو النفسي السليم . والعائلة معانية ، لأنها تعاني من صراعات نفسية ، بعضها قد جاء بضرورة الطبيعة الوراثية لفرد أو أكثر من أفراد العائلة ، وبعضها بسبب ما تجلبه حالة المريض لها من المتاعب والقلق وحتى الخوف من انتقال المرض الى فرد أو أكثر من أفراد العائلة ، وهنالك امكانية شعور العائلة بالاثم لأنها قد تشعر بأنها المسؤولة عن ايراث المرض ، أو انها المسؤولة عن الجو العائلي المضطرب الذي دفع بالمريض الى مرضه .

قد يبدو من الصعب رد التهمة عن العائلة واحلالها من المسؤولية عن المرض ، فمهما تعدّدت أسباب المرض ، وراثية كانت او محيطية ، أو كانت حصيلة للتفاعل بينهما ، فإن العائلة تظل محورا لهذه الأسباب ومحطا للتعبير عنها ومسرحاً لتفاعلاتها ، فالوراثة تنتقل عبر العائلة من جيل الى جيل ، والفرد يعيش محيط العائلة وصراعاتها وظروفها وتعاملاتها في أدق وأهم مراحل نموه وتكوينه من الرضاعة والطفولة والحداثة والمراهقة وحتى الخروج عن عائلته وتكوين نواة عائلة جديد . غير أن اتهام العائلة لا يعني بالضرورة المسؤولية الواعية عن مساهماتها في تكوين المرض ، فما من عائلة تملك السيطرة على وراثتها ، وهي حتى لو أرادت ذلك ، فإنها لا تستطيع إدراك هذه السيطرة أو حتى معرفة الطرق التي تعينها على هذا الادراك ، أما الظروف العائلية ، فحظ أية عائلة في السيطرة على هذه الظروف أو التحكم فيها ، هو أمر صعب التحقيق أيضاً ، فهي لا تستطيع معرفة الحدود الفارقة بين ما هو ملائم أو غير ملائم من ظروفها الحياتية ، كما أنها عاجزة عن تشوف نتائج الظروف التي تعيشها ، وهي حتى لو أدركت كل ذلك ، فانها لا تملك القدرة على التغيير ، ويضاف الى ذلك أن العائلة قد تكون مضطربة ، وبذلك قد تكون ناقصة التبصر بوضعها وبحاجتها للتغيير ، وهذا العجز كله له أن يبرىء العائلة من المسؤولية المعنوية عن مساهمة تخرج عن حدود الوعي والارادة والتبصر والحاجة الى التغيير.

إن القول بمساهمة العائلة الفعالة في تكوين المرض الشيزوفريني في أحد ابنائها يستند على بعض البينات التي يصعب تفنيدها وردها. ويقتضي للبحث الموضوعي في مسؤولية العائلة عن المرض أن يهمل الباحث اعطاء هذه المسؤولية صفة معنوية أو اخلاقية ، وإذا فعلنا ذلك ، فإنا نجد البرهان على مسؤولية

العائلة الجماعية عن هذا المرض من المصادر والمجالات التالية ، وهي : (اولاً) : حكم المجتمع على العائلة ، (ثانياً) البيّنات الوراثية المتوفرة من متابعة العائلة ، ومن الدراسات على التوائم المتماثلة وغير المتماثلة ، ومن دراسات المقارنة بين أبناء المصابين بالشيزوفرينيا وبين الذين تبناهم أولياء أمر أسوياء وخالين من المرض ووراثته . (ثالثاً) من الملاحظات والدراسات على عائلة المريض ، وهي تشمل الظروف العائلية ، وطرق اتصال افراد العائلة بعضهم ببعض ، والروابط التي تربطهم . اضافة الى الفحص والاختبارات التي لها أن تكشف عن صراعاتهم ومشاكلهم ومشاعرهم .

حكم المجتمع على العائلة :

لقد توالت الملاحظات منذ أقدم العصور وحتى الآن على أن المرض العقلي يقع في عائلات دون أخرى ، وأنه اذا ما حدث في عائلة ما في جيل واحد فإن له أن يتكرر في أجيال لاحقة ، وبأنه قد يصيب أكثر من فرد واحد في العائلة الواحدة . وقد فسرت هذه الظاهرة في الماضي ، وما زالت تفسر الآن في الأقوام البدائية وبعض المجتمعات الأخرى ، بأنها مسببة عن قوى خارقة للطبيعة سواء كانت الهية أو شيطانية ، وبأن العائلة التي يظهر من بينها المريض بعقله هي عائلة قد ارتكبت ذنباً أو عملاً محرماً ، وأن عليها التكفير عنه بما يرضي هذه القوى الخارقة ، والا ظل المرض سارياً ومنتقلاً من جيل الى جيل . غير أن الاصابة بالمرض العقلي لم تكن كلها مسببة عن الاثم العائلي ، ففي الكثير من الحالات اعتبر المصاب وعائلته ذوي حظوة عند الآلهة ، وخصوا لذلك بدرجة عظيمة من التقدير والتبجيل مع قدر غير قليل من الخشية والخوف لما خصوا به من قوى غريبة وفائقة . وفي أدوار حضارية أخرى ، ولعل أولها الحضارة الاغريقية ، فسرت ظاهرة الانتقال من جيل الى جيل بأنها ظاهرة مادية بايولوجية ، وهذه النظرة تتساوى مع ما يعرف في المفهوم العلمي بالوراثة .

إن هذه المفاهيم حول أسباب المرض العقلي ، سواء كانت من فعل القوى الخارقة أو بنتيجة الامتداد الوراثي ، قد أدت بالضرورة الى النظر الى عائلة المريض بأنها مشاركة للمريض ليس في تسبيب مرضه فحسب ، بل في بعض أعراض مرضه ، ولهذا فإن العائلة ككل ، وليس المريض وحده ، هي المسؤولة عن المرض ، ومتهمة في أعين الناس بأنها تعاني منه . ومجتمع المريض يتوجه بالضرورة الى ملاحظة المريض وعائلته اكثر مما يلتفت الى ملاحظة الأسوياء من الناس ، لا لأن أعراض المرض العقلي هي أعراض غريبة وشاذة فقط ، وانما لخشيته وخوفه من وجود المرض في نطاقه ، ولعل المجتمع ، أكثر من المريض وعائلته ، يعود إلى الوراء ليذكر ويتابع تاريخ العائلة ، كما ينظر الى المستقبل ليتشوف امتداد المرض فيه . ومن هذا الاهتمام والتركيز على عائلة المريض العقلي ، نشأ الاعتقاد بأن العائلة بها مس من المرض ، وهو اعتقاد مبالغ فيه ، غير أن له ما يبرّره ، لا لأن تاريخ العائلة يؤيد هذا الاعتقاد فقط ، وانما أيضاً لأن واقع العائلة يظهر بعض جوانب الشذوذ والاختلاف عما هو طبيعي من السلوك الاجتماعي . هذا وقد يكون حكم الناس على العائلة حكما خاطئا أو مبالغاً فيه في الكثير من الأحيان ، ولعل ما يفسر ذلك ويبرره هو أن الناس يرون ما يتوقعون . وهم بذلك يصدرون أحكامهم طبقاً لهذه التوقعات ، والتي تنسحب فيها اعراض المرض من المريض على عائلته .

حكم العائلة على نفسها :

تتخذ العائلة حكماً أو آخر من الأحكام على نفسها وعلاقتها بالمريض العقلي ومرضه ، وهي لذلك تتخذ مواقف عدة عند ظهور حالة مرضية في تاريخها أو حاضرها . ومن هذه الأحكام والمواقف الانكار لوجود المرض ، والنظر اليه كحالة طبيعية . وهذا الموقف يمثل حالة غير شعورية هدفها تفادي ما يمكن للاقرار بوجود المرض أن يسببه للعائلة من خوف وقلق خشية انتقال المرض اليهم أوصمهم بالمرض ، او مواجهة عواقب المرض وحاجاته . والموقف الآخر للعائلة فيه اعتراف بوجود المرض والمريض ، غير أنها بدلاً من انكاره وعدم الاعتراف به ، فإنها تغير من طبيعة حياتها وعلاقاتها داخل البيت وخارجه ، وبالصورة التي تمكنها من احتواء المرض وقبول المريض ، وهذه المحاولة من اعادة التوازن في حياة العائلة لملاقاة الوضع الجديد ، انما تخدم أيضا عين هدف الموقف الأول من انكار وجود المريض وذلك بالابقاء على الوضع العائلي في حالة متوازنة ومتكاملة . والموقف الثالث الذي قد تتخذه بعض العائلات على عكس المواقف السابقة تميل فيه العائلة الى الاقرار بوجود المرض ، غير أنها لا تشعر بخشية أو حرج من وجوده في العائلة ، وانما تسعى على العكس الى ابقاء المرض في المريض وتشجع على استمراره فيه . وهذا الموقف يمثل رغبة غير واعية في العائلة لكي تجد وتختار واحداً من أبنائها تجعل منه كبش الفداء ، وتعلق عليه جميع صراعاتها ، وتحقق عن طريقه جميع انحرافاتها ونزواتها ، ولذلك يصبح المريض وكأنه الضحية والتي يطول اطعامها وتسمينها والابقاء عليها ما دامت هنالك حاجة قائمة في العائلة للمحافظة على وحدتها في وجه الصراعات الى تهدد وجودها ، وهي الوحدة التي لا يمكن تحقيقها الا بربط هذه الصراعات في شخص المريض وتحميله مسؤولية وجودها . وهنالك من مسالك العائلة ومشاعرها ما يؤيد اتخاذها لهذا الموقف المضحي بالمريض من أجل بقائها وخلاصها ، ومن هذه المسالك أو المشاعر هو أن العائلة تصبح أكثر تماسكاً فيما بين أفرادها ، كما تصبح أقل وعياً لصراعاتها ، ويصبح المريض وكأنه الرباط الذي يضمن استمرار هذا التماسك ، وإن كان يعامل كمنبوذ وكأنه يحمل اثم العائلة كله على كتفيه . ومما يدل على هذا الموقف العائلي تجاه المريض ، هو أن العائلة تحاول الابقاء على المريض ضمن نطاق العائلة ، وتؤخر في علاجه أو إدخاله المستشفى للمعالجة . وقد يبدو في الظاهر وكأن العائلة اما لا تشعر بوجود المرض في المريض ، أو أنها تحرص عليه وتتعلق به وتخشى عليه ، بينما هي في الواقع تسعى للابقاء على المريض مريضاً وتخشى شفاءه ، وترغب في الابقاء عليه مريضاً بينها ، وكأنها بذلك تحاول التأكد من بقائه ضحية متواصلة . ولعل ما يسند هذا الرأي هو ان الكثيرين من المرضى من الذين يعالجون في العيادات او المستشفيات ، يصابون بانتكاسة جديدة حال عودتهم الى محيط البيت ، وهي ظاهرة قد تعكس محاولة العائلة الى إعادة المرض للمريض والابقاء عليه مريضاً من أجل ضمان استمرارية وحدتها وتكاملها وتكافلها في وجه ما يتهددها من صراعات داخلية يتعذر حلها والتغلب عليها بأي وسيلة أخرى . ومن الملاحظات الأخرى الدالة على فرضية الضحية وكبش الفداء ، هي أن العائلة في حالة شفاء المريض أو موته أو غيابه ، فإنها تسعى الى اختيار ضحية أخرى من بين أفرادها لتعلق عليه من جديد صراعاتها ولنحرافاتها . -وهذا ما يلاحظ بالفعل في مرض الشيزوفرينيا ، فعندما يشفى المريض من مرضه أو يخرج عن نطاق العائلة ، فإن أخا أو أختا له قد يقع في المرض ، وكأن ذلك اجراء تلقائي يخدم غرض الاستمرار على توازن العائلة ووحدتها وبقائها . ولعل الباحث يجد في هذه المواقف من انكار المرض أو الابقاء عليه

من نبذ المريض او تضحيته، بأنه بقايا لا شعورية الت إلى الانسان من أسلافه القدامى والبدائيين والذين فسروا المرض بأنه من فعل قوى خارقة، وبأنه جاء عقاباً على اثم أو ذنب ارتكبته العائلة، وبأن المرض سيظل في العائلة الا اذا تم التكفير عن هذا الاثم والذنب بوسيلة ما.

وهنالك مواقف اخرى للعائلة او بعض أفرادها، وهذه المواقف تتقرر ليس فقط بما يتوافق مع وضع العائلة ككل، وانما طبقاً لشخصية افرادها، وهذه الشخصية تحدّد الى درجة كبيرة نوعية ودرجة الاتصال بين فرد وآخر في العائلة كما تقرر الطريقة التي يتعامل فيها مع المريض وانفعاله بذلك، كما تقرر أيضاً طبيعة الاتصال والعلاقات مع الغير في المحيط الخارجي. وموقف العائلة في معظم الأحيان هو محاولة التستّر بشأن المريض ومرضه، والابقاء على الحالة المرضية طي الكتمان وخاصة إذا كان المريض انثى. وأخيراً فإن هنالك موقف الصراع وتبادل الاتهام وخاصة بين والدي المريض. إذ قد يحمّل الواحد منهما الآخر مسؤولية المرض اما على أساس البينة من وجود وراثة بايولوجية في عائلة أي من الوالدين، أو على أساس نمط التربية والتعامل مع المريض قبل ظهور المرض فيه. وبدفع الوالدين لمسؤولية الواحد منهما أو الآخر عن تسبيب المرض وبوضع هذه المسؤولية على عاتق الطرف الآخر، فإن الواحد منهما يسعى لتبرئة نفسه باتهام الآخر، وله بذلك أن يتخلص، ولو بصورة واعية، من الشعور بالاثم عن أي مسؤولية في تسبيب المرض.

البينات الوراثية العائلية :

إن البينات عن وراثة المرض الشيزوفريني تردُ من عدة مصادر، وهي تتحد جميعها في الدلالة على وراثية المرض الشيزوفريني، وتبدو هذه الأدلة مقنعة ودامغة والى حد يصعب تفنيدها، غير أن هنالك البعض من الباحثين ممن يفندون هذه الأدلة ولا يجدون فيها الدلالة الكافية أو المقنعة بوراثة المرض، وحُجتهم في ذلك أنه لم يثبت حتى الآن عزل هذا العامل الوراثي، كما أن وقوع المرض وانتشاره لا يتبع قوانين الوراثة المعروفة. وهم لهذه الاسباب يرفضون فعل الوراثة في المرض ويفسرونه بدلاً من ذلك على أسس نفسية نابعة من طريقة تربية الطفل في العائلة، ويسبب ظروف محيطية داخل العائلة وخارجها. وتأتي الأدلة التي تسند النظرية الوراثية من عدة مصادر، وكل هذه المصادر تجعل من العائلة مركزا لانتقال المرض من جيل الى جيل، وهذه المصادر هي الشجرة العائلية، والبينات الاحصائية عن التوائم المتماثلة وغير المتماثلة، ودراسات المتابعة لأبناء المرضى الذين تربوا في حضانة والدين غير والديهم الأصليين (انظر الفقرات الخاصة بهذا الموضوع من الفصل الخاص بأسباب المرض).

الشجرة العائلية: إن الملاحظات العامة، وقيود تاريخ العائلات التي أمكن الحصول عليها، كلها تبين بأن المرض الشيزوفريني هو أكثر ظهوراً في سلالة بعض العائلات منه في سلالة عائلات أخرى، وبأنه اكثر ظهورا عندما تكون القرابة البايولوجية للمريض أدنى قرباً، وأقل حدوثاً كلما ابتعدت درجة هذه القرابة. وقد اعطى الباحثون العديد من التقديرات لامكانية وقوع المرض في الشجرة العائلية. ولعل التقدير التالي يمثل معدلاً واقعياً لهذه التقديرات. فإذا اعتبر معدل وقوع المرض وانتشاره في المجتمع ما بين ٣ أعشار الواحد بالمئة، واثنين وثمانية اعشار في المئة، فإن خطر وقوع المرض في أحد والدي المريض يقع من حدود ١٢ في المئة، وبين الأخوة والأخوات بين ٣ و١٤ في المئة. وفي

أطفال أب واحد مريض بالشيزوفرينيا بين ٨ و١٨ في المئة ، أما إذا كان الأبوان كلاهما مصابين بالمرض فان النسبة ترتفع لتصل الى ما بين ١٥ حتى ٥٥ في المئة . أما في قرابة الدرجة الثانية ، فإن معدل خطر الوقوع هو ٢ $\frac{١}{٢}$ في المئة ، وتقل نسبة احتمال وقوع المريض كلما ابتعدت القرابة سواء كان الابتعاد في ماضي العائلة او حاضرها . وهذه البينات لا بد لها أن تسند الاعتقاد بوراثية المرض ، وإن كان البعض يرى بأن هذه الوراثة هي وراثة اجتماعية أكثر منها وراثة بايولوجية ، ويؤيد هذا الرأي الأخير ما وجده أحد الباحثين من أن امكانية وقوع المرض في اولاد امرأة شيزوفرينية تعيش في الريف هي ٦,٨ في المئة ، بينما ترتفع هذه النسبة إلى ١٤,٢ في المئة اذا ما عاشت المريضة وأولادها في المدينة . وهذه الحقيقة لا تنفي فعل الوراثة وإن كانت تسند فعل المحيط أيضا في تسبيب المرض .

٢) البينات من التوائم :

تستقى هذه البينات من احصاء نسبة التوافق في حدوث المرض في الشقيق التوأم لمريض اصيب بالشيزوفرينيا ، وتستهدف الدراسة بيان نسبة التوافق في التوائم المتماثلة (المنشطرة من بويضة ملقحة واحدة) ، ومقارنتها بنسبة التوافق في التوائم غير المتماثلة (من بويضتين تلقح كل واحدة منهما على حدة) ، ومقارنة ذلك بنسبة وقوع المرض في الأخوة الاعتياديين مفردى الولادة . وقد تراوحت نسبة التوافق في التوائم المتماثلة بين صفر و٨٦ في المئة في الدراسات المختلفة ، كما تراوحت بين ٢ و ١٧ في المئة من التوافق في التوائم غير المتماثلة . وبينت هذه الدراسات بأن التوائم المتماثلة اذا ما ظلت تعيش غير منفصلة بعضها عن بعض في محيط واحد فإن نسبة التوافق ترتفع لتصبح ٩١,٥ في المئة ، بينما تنخفض الى ٧٧,٦ في المئة اذا ما كانت التوائم المتماثلة منفصلة بعضها عن بعض ولعدة سنوات قبل وقوع المرض . ومما أفادت به هذه الدراسات هو انعدام وجود الشيزوفرينيا في عائلات التوأم المريض بالشيزوفرينيا والذي يظل شقيقه سالماً من المرض ، بينما اذا كانا مترافقين في المرض أيضاً ، فإن نسبة الوقوع في العائلة تكون في حدود ٦٠ في المئة .

٣) البينات من التبني :

في محاولة تفنيد المعترضين على فعل الوراثة العائلية في تسبيب المرض والذين يردون المرض الى أسباب محيطية بدلاً من ذلك ، فقد قام الباحثون بدراسات ومتابعات طويلة على أبناء الوالدين اللذين اصيب أحدهما (الأب أو الأم) ، أو كلاهما بالمرض الشيزوفريني ، وذلك بتبني الأولاد منذ ولادتهم في حضانة والدين سليمين من أي مرض عقلي أو من تاريخ أي مرض عقلي في العائلة ، ومن شأن مثل هذه الدراسة أن تعزل الأطفال منذ صغرهم عن فعل محيط عائلتهم المرضى ، وأن تبقي فقط على الفعل الوراثي . وقد تمخضت هذه الدراسات عن نتائج متباينة ، غير أنها تنوه جميعها بفعل الوراثة الأهم في تسبيب المرض : وهذا يتضح من أن نسبة الذين يقعون بالمرض من هؤلاء الأولاد المتبنين والذين ينحدرون من آباء بايولوجيين مرضى ، هي نسبة أعلى بكثير اذا ما قورنت بنسبة الأولاد الذين ينحدرون من آباء (وأمهات) أصحاء ، والذين تم تبنيهم أيضاً . وقد تبين أيضاً من هذه الدراسات بأن نسبة وقوع المرضى في أقرباء الأطفال (والديهم واخوتهم واقاربهم) الذين نشأ فيهم المرض وهم في حضانة اولياء أمورهم بالتبني ، هي أعلى بكثير من نسبة وقوع المرض في أقارب الأطفال الذين لم يصابوا بالمرض وهم بالتبني ،

فقد تبين في الحالة الأولى والتي اصيب فيها الطفل بالتبني بالشيزوفرينيا ، بأن من اقرباء **٣٣** طفلا اصيبوا بالمرض وعددهم ٣٦٤ ، فإن **٢,٩** في المئة من المجموع كانوا مصابين بالشيزوفرينيا المزمنة بالمقارنة مع ٦ أعشار الواحد في المئة من عينة سيطرة مماثلة ، و **٣,٥** و**٢** في المئة على التوالي بالشيزوفرينيا الكامنة و**٧,٥** و**٢** في المئة على التوالي بالشيزوفرينيا المشابهة ، أو ما معدله **٥** مرات أكثر مما هو محتمل بصورة طبيعية .

إن هذه البينات من المصادر الثلاثة : الشجرة العائلية ، والتوائم ، والتبني ، تعطي الانطباع المقنع بأن الاستعداد للمرض الشيزوفريني يتقرر الى حد كبير بفعل الوراثة العائلية ، وبأن العائلة هي التي تحمل بذور المرض من جيل الى جيل ، وهذا لا يعني بالضرورة أن يظهر المرض في كل جيل جديد ، كما لا يعني ضرورة توفره في الجيل السابق مباشرة . ثم ان من غير الضروري لاثبات وراثية المرض أن تأتي الوراثة مطابقة للتوقعات التي تقررها قوانين الوراثة المعروفة ، ذلك أن جينات أو عناصر الوراثة للشيزوفرينيا ما زالت غير مكتشفة ، وربما وجد في النهاية بأنها متعددة ومعقدة في تكوينها وتفاعلها والى الدرجة التي يتعذر معها اخضاعها لقوانين الوراثة المعروفة . ولا يقتضي لاثبات وراثة المرض ان يأتي مرض الوارث على شاكلة مرض الموروث من الجيل او الأجيال السابقة . فمرض الوارث او الموروث قد يكون مرضاً شيزوفرينيا، او شبه شيزوفريني، وقد يكون انحرافاً في الشخصية وعلى شكل شخصية شيزية ، او شخصية انطوائية او سايكوبائية اجرامية ، أو شخصية ابداعية ، ولهذه الحالات من مرض او انحراف في الشخصية ان تصيب واحداً أو أكثر من ابناء أو أقارب المريض .

لقد انتقد الكثيرون البينات التي اظهرتها الدراسات الوراثية في مختلف المجالات التي أشرنا اليها ، وقد جاء هذا النقد بسبب الحماس لفعل المحيط في تسبيب المرض . وهو حماس يندفع الى حد كبير من التزامات ايديولوجية تستند على القناعة بأن الانسان هو حصيلة محيطه . غير أن هنالك ما يبرر هذا النقد وذلك بسبب الفجوات التي كشفت عنها الدراسات الوراثية ،اضافة الى التباين في نتائج هذه الدراسات بين باحث وآخر ، ومن هذه الفجوات على سبيل المثال أن التوافق بين توأم متماثل مصاب بالشيزوفرينيا وبين شقيقه الآخر يقع في معدَّل ٦٠ في المئة ، وهي نسبة تقل كثيراً عن النسبة المتوقعة من الوراثة المتساوية في التوائم المتماثلة وهي مئة في المئة ، وهذا الفرق الكبير بين المتوقع وراثياً وبين الواقع فعلياً لا يمكن تفسيره الا على اساس فعل محيطي ، سواء كان هذا المحيط داخليا اثناء الحمل ، أو كان محيطاً خارجياً ويشمل كل ما يمكن أن يتعرض له الفرد من المؤثرات السلبية أو الايجابية منذ الولادة وعبر ما يلي ذلك من أدوار النمو، وفي الحالين ، كما هو أيضاً في حالة الوراثة ، فإن عبء المسؤولية لا بد أن يقع على العائلة التي انجبت المريض ثم هيأت المحيط الذي يعيشه عبر الفترات الأولى والحاسمة في تكوينه .

واقع عائلة المريض الشيزوفريني

قام الباحثون بالكثير من الدراسات لعائلات المرضى بالشيزوفرينيا ، وقد اتجهت هذه الدراسات الى استجلاء معلومات عديدة منها نسبة وقوع وانتشار المرض الشيزوفريني وما يتصل به من حالات مشابهة في تاريخ العائلة وفي حاضرها وفي درجات القرابة المختلفة ، ومنها واقع العائلة الحياتي بما في ذلك ظروفها الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسكنية والمهنية ، اضافة الى العائلة كجهاز يرتبط بعلاقات معينة بين

اده من أبوين وأولاد وأقارب ، وبينهم وبين الفرد الذي تهيأ للوقوع بالمرض، وبين العائلة والغير في حيط الخارجي . ومثل هذه الأبحاث ، خاصة تلك التي تتعلق بالواقع الحياتي للعائلة ، تتطلب احاطة سعة وعميقة بالتركيب العائلي وبطبيعة العلاقات التي تربط افراد العائلة وخاصة الوالـدين بعضهم نض وبالمريض بينهم، وبسبب هذه الحاجة ، فإن بعض المؤسسات قد وجدت بأن من الضـروري خال افراد العائلة ذوي العلاقة الماسة بالمريض وخاصة الوالدين ، الى المؤسسة العلاجية في نفس الوقت ذي يدخل فيه المريض، وذلك لرصد نوع وطبيعة العلاقات التي تربطهم بالمريض ، اضافة إلى دراسة احي الاضطراب في حياة العائلة . وقد خلص الباحثون الى نتائج عديدة من هذه الدراسات العائلية ، هي نتائج تتّسم بالكثير من التباين والاختلاف وتتراوح الأحكام فيها بين حدين متباعدين ، كالأدعاء بأن عائلة هي المريضة وليس المريض ، الى القول بأن عائلة المريض لا تختلف عن غيرها من العائلات في عظم الحالات وفي معظم مجالات البحث. وبالنظر لما لهذه الدراسات العائلية من أهمية ، خاصة في تقرير ا اذا كان مرض الشيزوفرينيا هو مرض وراثي ، أو أنه مرض محيط عائلي، فإنا نورد فيما يلي بعض النتائج لتي تجمعت من هذه الدراسات العائلية ، ولتسهيل الاحاطة بهذه النتائج ، فانها تجمَّع في فئتين من النقص و العطل ، النقص في العائلة كجهاز عمل ، والنقص في قيام العائلة بمهامها .

أ ـ النقص في العائلة كجهاز عمل :

وهذا النقص يشمل عدة أمور منها العطل في العلائق الزوجية ، وفي مهام الزوجين كأبوين ، كما يشمل عجز العائلة في توفير النموذج العائلي ، والفشل في تكوين نووية العائلة وفي تعيين حدود فارقة للعائلة ، كما يشمل حالات الفصام العائلي وحالات الانحراف وممارسة المحرمات العائلية .

١ ـ العطل في العلائق الزوجية وفي مهام الأبوين :

وهذا العطل ينجم عـادة عن أن أحد الـوالدين يعـاني من نقص في عملية النضـوج مما يـدفعه بضرورة الحاجة الى الاتكال على شريكه، أو على أحد أولاده . ومن شأن هذا النوع من العطل أن يؤدي الى عوق في تنشئة الطفل وتهذيبه وبالتالي الى الاخلال في النمو الطبيعي لشخصيته .

٢ ـ العجز في تقديم النموذج :

يحتاج الطفل النامي من الجنسين الى نموذج يبني على مثله هويته وشخصيته ، وهذا النموذج يأتي من الوالدين بنتيجة فعلهما المبكر والمتواصل على الطفل والحدث ، والولد يتخذ عادة من والده مثالاً يحتذى ، أما البنت فتتخذ من أمها مثل هذا النموذج . غير أن فشل الوالدين أو احدهما في تقديم مثل هذا النموذج لسبب أو آخر كانعدام وجود هذا النموذج كما يحدث ذلك بالموت أو الطلاق او الفراق او طبيعة العمل أو السلوك ، أو بسبب ضعف أحد الوالدين أو مرضـه ، فمن شأن ذلـك ان يحرم الـطفل من امكـانية الحصول على هذا النموذج ، وان يؤدي كذلك إلى حالة من التقلب وعدم الاستقرار في نمو الطفل او الى نقص في ثقته بنفسه وبفعاليته الاجتماعية . اما اذا شكى احد الـوالدين من اعـراض اضطراب نفسي كالهستيريا والقلق والأفكار التسلطية ، فإن للطفل امكانيـة اكتساب اعـراض مماثلة ، وذلـك كوسيلة دفاعية وقائية من الشعور بالخطر الناجم عن عدم الوثوق والاطمئنان، وهو الشعور الذي يخلق في الفرد عندما يفقد الحصول على النموذج الذي يمثل جنسه .

٣ ـ الفشل في تكوين عائلة نووية :

المفروض في الحياة الزوجية أن تؤدي الرابطة الزوجية الى تكوين النواة لعائلة جديدة ، غير أن هذه النواة لا تتكون بصورة ناجحة في حال العائلة التي يظهر فيها المريض الشيزوفريني . وبعض هذا الفشل يعود الى أن أحد الزوجين أو كليهما يظل متعلقاً بوالديه أو أحدهما، ويفشل في نقل هذاالتعلق أو بعضه الى شريكه في العائلة الجديدة ، ومن شأن هذا الامر ان يبقى مركز السلطة وموقع اتخاذ القرار في خارج نطاق العائلة ، وبنتيجة ذلك فإن الأولاد الناشئين يظلون عاجزين عن اكتساب الشعور بوجود عائلة ذات كيان وحيثية ، وما يولّده فيهم هذا العجز في الشعور من فقدان الاطمئنان والثقة . وهكذا فإن العائلة لها مظاهر العائلة الجغرافية غير أنها لا تملك الخصائص الدينمية والعاطفية للعائلة النووية .

٤ ـ النقص في حدود العائلة :

لكل عائلة سليمة حدودها الخاصة والتي تفرقها عن حدود أية عائلة اخرى ، غير أن هذه الحدود في العائلة الطبيعية هي حدود مرنة ، فهي في الوقت الذي تحافظ فيه على وحدة العائلة واستقلاليتها كوحدة متكاملة، الا أنها أيضاً تسمح لافرادها بدرجة معقولة من حرية التصرف ، كما أنها تسمح وتشجع على الاتصال والتعامل الاجتماعي وبالصورة والدرجة التي توفق بين حاجة العائلة للمحافظة على حدودها ووحدتها ، وبين ضرورات التعايش الاجتماعي . والملاحظ هو ان عائلة المريض الشيزوفريني ليس لها مثل هذه المرونة الحدودية،وحتى قبل ظهور المريض الشيزوفريني فيها فهي تبدو متصلبة ، ولا تجيز لافرادها حرية التصرف ، ولا تتسامح في أمر مد الاتصال بين افرادها من نطاق العائلة الى خارج هذا النطاق في المجتمع . وقد يكون النقص الحدودي للعائلة على عكس ذلك تماماً ، فبدلا من تصلب وثبات هذه الحدود ، فإنها تصبح شديدة المرونة والى حد الانسياب وتبدو هذه الحدود مخروقة كثيرة الفجوات مما يسمح بالتسيب والانفلات لأفراد العائلة ، وبسبب هذا النقص الحدودي ، فإن العائلة ، وخاصة الوالدين فيها ، اما تمارس درجات شديدة من السيطرة والتقييد على تصرفات بقية أفراد العائلة في خارج العائلة ، او انها على العكس لا تمارس اي نوع من السيطرة مما يدفع بالأولاد الى الخروج عن نطاق العائلة ، وفي الحالتين فإن الفرد ينمو وهو يخشى المجتمع ويهابه، فإما يعيش في البيت سجيناً ، او يفلت الى خارجه مشرداً . هذا والنقص في الحدود العائلية لا ينحصر في الحدود التي لها ان تفصل العائلة عن غيرها من العائلات او عن المجتمع بصورة عامة ، وانما ايضا في الحدود التي لها ان تحدد هوية واستقلالية كل فرد من افرادها داخل نطاق العائلة . ومن شأن الحدود في عائلة الشيزوفريني ان تكون مضطربة وغير واضحة ، وبنتيجة ذلك فإن الفرد فيها لا تتهيأ له امكانية اكتساب هوية محددة وخاصة به وتتناسب مع شخصيته وعمره وموقعه العائلي ، وباضطراب هذه الحدود العائلية ، الداخلية بين افرادها ، والخارجية بينها وبين المجتمع ، يصبح الكيان العائلي مهلهلا ، وتنعدم فيه مقومات الكيان العائلي السليم بما يجب ان يتوافر من هذا الكيان من خصائص فريدة ومميزة .

٥ ـ انقطاع صلة الأبوين :

هنالك عدة أشكال لانقطاع صلة الأبوين أو أحدهما ، في العائلة الشيزوفرينية ، ومن اشكال هذا

الانقطاع، القطيعة مع البقاء والتعايش داخل العائلة، والفراق والطلاق والموت. وجميع هذه الأشكال اكثر وروداً في سجل العائلات التي يظهر فيها المريض الشيزوفريني أو التي يتوفر في تاريخها القريب مثل هذا المرض، منه في العائلات السليمة من هذا المرض.

٦ ـ انفصام العائلة :

وهذا يظهر في عائلة الشيزوفريني على صورة تشبه الأحزاب المتنافسة والمتصارعة، وهذا يعبر عن صراعات خفية بين الوالدين، مع محاولة اجتذاب أو جر ولد أو آخر من اولادهم الى صف أو آخر. ومن شأن هذا الانقسام العائلي أن يبقى على تفكك العائلة، وأن يحول دون تحقيق عمليات النمو الطبيعي للأطفال، وأن يحول دون بلوغ الطفل حالة الدمج والتكامل النفسي في ذاته ومع العائلة ككل.

٧ ـ الانحراف العائلي

ويقصد بهذا الانحراف، أن أحد الأبوين من زوج أو زوجة، يتصرف وكأنه الأب أو الأم لشريكه في الزواج، أو أن احدهما يسيطر سيطرة كاملة على الشريك الآخر أو على العائلة ككل، أو أن احدهما يعتمد اعتماداً كلياً على الآخر. وللعائلة أن تبدو في الظاهر بسبب هذا الانحراف وكأنها عائلة متوازنة، بينما هي في الواقع تخفي صراعات عميقة بين الوالدين، فالوالدان يتعايشان ظاهرياً وكأنهما على وئام تام، غير أنهما يبطنان حالة من الطلاق العاطفي بينهما. ولا يستطيع الواحد منهما تحمل الآخر في حياتهما الخاصة. وإذا كانت الأم هي الفرد العاجز أو المسيطر عليه في هذه العلاقة غير المتكافئة مع زوجها، فإنها تنقل مثل هذا الشعور بالعجز إلى أحد أطفالها، وهو الذي يكتسب هذا الشعور والذي قد يحول بينه وبين الحصول على التجارب المناسبة التي تسمح له بالنمو والاستقلالية عن والديه.

٨ ـ الجنسية المحرمة :

هنالك ما يفيد بأن العلاقات الجنسية المحرمة بين أحد الوالدين وأحد أولادهما، من ذكر او أنثى، هي أكثر وقوعاً في العائلات التي يتوفر فيها المريض الشيزوفريني، منها في المجتمع بصورة عامة، وربما كانت هذه العلائق المحرمة اكثر دلالة على توفر الاضطراب النفسي في العائلة. ومثل هذه العلاقات تقوم عادة بين الأب وابنته. وبدرجة أقل بكثير بين الأم وابنها. والعلاقة اضافة الى دلالاتها المرضية فانها تنمّ أيضاً عن محاولة ركيكة من قبل العائلة للمحافظة على توازنها الداخلي والحيلولة دون تفككها واضمحلالها، غير أنه بمجرد ظهور هذه العلائق الجنسية المحرمة علناً للناس، فإن العائلة تتداعى وتنحل.

ب ـ العجز في مهام العائلة

تُبدي العائلة التي ظهر أو يظهر فيها المريض الشيزوفريني خطأ أو عجزاً في جميع أو في معظم العناصر التي تكون المهام الأساسية للعائلة. واكثر نواحي العجز هذه تظهر في النقص في التنشئة، والنقص في عملية الفطام، والخطأ في الاتصال ضمن العائلة، وفي اتخاذ كبش فداء للعائلة، اضافة الى العجز العاطفي.

١ ـ النقص في التنشئة :

وهذا النقص يأتي عادة على صورة اهمال الطفل وعدم الاهتمام بحاجاته الأساسية ، وينجم هذا الاهمال اما عن فقدان رعاية الأم لسبب أو آخر ، أو بسبب معاناتها هي من القلق وعدم المقدرة على العطف والتعاطف مع طفلها ، وقد تصبح الأم بسبب ذلك عاجزة عن التفريق بين بكاء الطفل مثلاً بسبب الجوع وبين بكائه بسبب الألم أو حالات جسمية اخرى ، ونتيجة ذلك تمارس القسوة عليه .

٢ ـ العجز الفطامي :

تظهر في العائلة الشيزوفرينية ظاهرة العجز في فطام الوالدين ، وخاصة الأم ، لأولادها أو أحدهم . ويعود فشل الأم عادة الى أنها تجد نفسها في حاجة الى التكامل عن طريق الابقاء على أحد أولادها متكلاً عليها بصورة كاملة ، وهي تبقي عليه وكأنه ما زال طفلاً لم يفطم بعد ، وهي لذلك تهمل تدريبه اللازم لبلوغ مرحلة الفطام جسمياً أو نفسياً . وبسبب هذا الاهمال فإن الطفل يصبح عاجزاً عن مواجهة متطلبات الحياة في المستقبل ومواجهة الواقع بما يتطلبه من مقدرة على تحمل الفشل وتقبل تجارب النهي ، وهذا قد يخل بصورة جذرية في عملية النمو الطبيعي له وفي جميع أدوارها ، كما يفقده المقدرة أو حتى الرغبة لمفارقة والديه ، وله ان ينظر الى الواقع حوله نظرة مليئة بالشعور بالقلق والخوف من المواجهة .

٣ ـ الخطأ في الاتصال :

إن الخطأ في طريقة الاتصال بين أفراد العائلة ، وخاصة الوالدين ، وبينهما وبين أولادهما وخاصة المهيأ منهم للاصابة بالمرض ، هو أهم الأخطاء التي تلاحظ في عائلة المريض الشيزوفريني . ويظهر هذا الخطأ على عدَّة أشكال . منها أن الاتصال يظهر على صورة مجزأة أو معدومة الشكل ، وهذا النوع من الاتصال بين الوالدين وبينهما وبين أولادهما له أن يشوه عملية تكوين اللغة والأفكار والادراك والمفاهيم للطفل النامي ، كما يفقده امكانية الاعتماد على طرق الاتصال كوسيلة يعتمد عليها لتعيين موقعه في المجتمع والعالم.ومن الأشكال الأخرى المألوفة لخطأ الاتصال ما يعرف «بالربط الثنائي أو المزدوج» والذي يقصد به ما يمارسه أحد الوالدين من اتصال مزدوج ومتضارب الاشارة مع أحدأولادهما،فهو في الوقت الذي يقول فيه شيئاً ينوه بشيء أو فكرة أو عاطفة معينة ، الا أنه يسلك أو يتصرف بصورة توحي بعكس ذلك ، وهو بذلك ينقل اشارة مناقضة لإشارته الأولى . ومن شأن هذا التضارب الازدواجي إما أن يعزل الطفل عن محاولة الاتصال ويدفع به الى الذاتية والانفراد،أو الى زرع بذور الشك وعدم الثقة واللاعقلانية في تفكيره ، وهي الخصائص المصغرة للمرض الشيزوفريني الفعلي .

٤ ـ الضحية او « كبش الفداء » .

وهذه ظاهرة في بعض العائلات التي يظهر فيها مريض أو أكثر من مرضى الشيزوفرينيا . والضحية أو « كبش الفداء » هو المريض وهو عادة مصاب بالشيزوفرينيا أو مهيأ للاصابة بهذا المرض ، غير أن اتخاذ العائلة لمثل هذا الفدية يحدث أيضاً في الاضطرابات السايكوباتية والانحرافية وفي أمراض نفسية اخرى .
وتفسر هذه الظاهرة ، بأن العائلة تعاني اصلا من صراعات وقلق وفشل في تحقيق اهدافها والى حد يهدد كيانها ووحدتها وتماسكها واستقرارها ، وفي محاولة للتخلص من هذا التهديد ، فإنها تسعى لتبرير واقعها

بالقاء الاتهام وتبعة المسؤولية على أحد افرادها ، وهو الذي يقع في المرض عادة . وكنتيجة لذلك فإنه يحارب ضمن العائلة ، وتهمل تلبية حاجاته ، وينبذ ضمن العائلة ويحمل على الشعور بأنه المسؤول عما اصاب العائلة من تخلخل أو ضرر . وقد تلجأ العائلة في سبيل الحفاظ على كيانها أن تخرج « كبش الفداء » من بينها ، أو ان تنحرف وتتلوى في مسالك معوجة بضرورة التعايش مع الفرد المريض في الأسرة والذي لا سبيل للتخلص منه . ومن الظواهر الطريفة في أمر الضحية او « كبش الفداء » ، هو ان العائلة لا تسارع في علاج المريض ، أو ادخاله للمستشفى ، بل انها على العكس تحاول ابقاءه أطول مدّة ممكنة في البيت وبدون علاج ، وكأنها بذلك تحافظ عليه كضحية دائمة وتخشى من خسارة هذه الضحية.ومما يسند هذا الرأي ، هو أن المريض اذا شفي بالرغم من رغبة العائلة (وهي رغبة غير شعورية في معظمها) ، فإن العائلة سرعان ما تتخذ من ولد آخر كبش فداء جديد ، وتعقد عليه آمالها ، وتعلق عليه صراعاتها . وهنالك ما يمكن ان يعتبر دليلاً على هذه الظاهرة ، من أن المريض الشيزوفريني عند خروجه من المستشفى وعودته للبيت ، فإنه كثيراً ما يصاب بانتكاسة جديدة ، وتفسر هذه الظاهرة ، بأن العائلة تعود من جديد لممارسة ما هو أشبه بالحرب النفسية على المريض ، لكي تجعل منه من جديد كبش فداء ، وذلك بسبب حاجة العائلة لمثل ذلك إبقاء على تماسكها الظاهري وربط صراعاتها بشحص معين .

٥ ـ النقص العاطفي :

هنالك عدّة انواع من النقص العاطفي في عائلة المريض الشيزوفريني ، فالروابط العاطفية بين الوالدين قد تكون معدومة كلياً أو جزئياً ، ومن طرف واحد أو من الطرفين ، وقد تكون العاطفة غير متكافئة أو غير متوافقة ، أو فائضة عن الحد المعقول من حيث القوّة أو من حيث اشكال التعبير عنها . وفي جميع هذه الحالات قد يترك الطفل النامي في حالة حرمان عاطفي ، وقد يقع هذا الحرمان على الأولاد جميعهم أو على واحد منهم يختار لذلك . وقد لا يحرم هذا من العاطفة الطبيعية فحسب ، بل قد يخص بعاطفة سلبية تتسم بالقسوة والعنف والايذاء مع اهمال للحاجات الأساسية من جسمية أو نفسية .

ج ـ الاضطراب الفكري في العائلة :

ان جميع مظاهر العجز العائلي التي أشرنا اليها ، لا تثبت بأن عائلة المريض الشيزوفريني هي عائلة مريضة بالمفهوم المحدد للمرض العقلي ، وانما بأنها عائلة مضطربة في تكوينها وعلاقاتها . وقد قام الباحثون بدراسات واختبارات عديدة بحثاً عن أعراض تدلل على الاضطراب أو الاختلال في العمليات الفكرية ، وهي الأعراض التي لا بد من توافرها في الفرد قبل نعته بالمرض العقلي ، وقد وجد بعض الباحثين بأن هنالك بعض التوافق في الخصائص الفكرية بين المريض الشيزوفريني وبين أفراد عائلته ، والى حد يكفي لتشخيص الاضطراب وشدته وطبيعته في أحد الطرفين من مجرد الوقوف على هذه الخصائص في الطرف الآخر . ومن الخصائص الفكرية التي وجد فيها التشابه بين الأبوين والأولاد ، هو أن الطرفين يستعملان اللغة الكلامية بصورة مبهمة ، وخارجة عن الموضوع ، وبدون اقفال ، بمعنى أن الجملة تنتهي بدون أن يكتمل معناها . غير أن هذه النتائج لا تكفي للاستنتاج بوجود الاضطراب الفكري في العائلة . ومن الواضح أن هذا الواقع لا يقضي أن يكون أحد الأبوين مصاباً بالشيزوفرينيا أو بأي مرض عقلي آخر ، وهو أمر أكثر احتمالاً في عائلة الشيزوفريني منه في عائلات أخرى سليمة .

د ـ ردود فعل العائلة للمرض :

هنالك عدة ردود فعل محتملة في العائلة عندنشوء حالة مرضية شيزوفرينية بين أفرادها ، وتعتمد الردود في اشكالها ودرجاتها على الخصائص الشخصية الأساسية لكل فرد من أفراد العائلة ، وعلى العا التي تربط أفراد العائلة ببعضهم ، وعلى الظروف المحيطية التي تعيشها العائلة والتي تميز عـلاقاتهـ المجتمع . ولذلك فإن ردود الفعل تبنى على مثل هذه الخلفية والتي قد تختلف بين عائلة وأخرى ، وفي ال الواحدة بين فرد وآخر . وفي تقرير وجود هذه الردود فإنه يقتضي التفريق بين ما هو مظهر طبيعي وأسـ في العائلة ، وبين ما هو انفعال او رد فعل ناجم عن قيام الحالة المرضية ضمن العائلة . وقد تعوّد البا- على محاولة البحث عن دلائل تثبت ادانة العائلة في تسبيب المرض أو ترسيبه في المريض ، غير أنهم ا البحث فيما يمكن أن يحدث في العائلة من ردود فعل وانفعال واضطراب بسبب وجود المريض بينهم وضـ التعايش معه . ويمكن القول أن الكثير مما يلاحظ في عائلة المريض من أعراض في المجالات العاطة السلوكية ما هي في الواقع الا ردود فعل لتأثير وفعل الأطفال المضطربين في العائلة ، وهكذا فإن العائـ تعيش حالة من ثنائية التأثير ، الواحد منها تأثير العائلة على المريض ، والثاني منها تأثير المريض على العـ وتفاعل الاثنين معاً في متوالية تصاعدية من الفعل ورد الفعل يصعب فيها التحقق من هو البادىء فيهـ وكيف ! ! .

هـ ـ العلاج العائلي :

اتجهت الاساليب العلاجية التقليدية الى علاج المريض كفرد مستقل وبصرف النـظر عن العائلي ، أو امكانية مساهمة العائلة في تكوين حالته المرضية ، أو فعل وجود المريض على الكيان العائـ وتواصل هذا الموقف الفردي في العلاج حتى بعد ظهور المدرسة التحليلية النفسية والتي اظهر فرويـ بأن المرض النفسي ينشأ أصلاً في المريض في ظروف وعلاقات عائلية غير طبيعية ، ومع ذلك فإن حصر اهتمامه بالمريض وحده دون عائلته ، وقد كان ليونج اتجاه فردي مماثل في العلاج ، ولعل التحديد في العـلاج واستثناء العـائلة منه ، هـو أحد الأسبـاب لما لـوحظ من فشل في عـلاج ا الشيزوفريني بالطرق التحليلية النفسية التي ابتكرها فرويد وتابعها انصاره . غير أن أدلر ، وهو أحد أ الحركة التحليلية في أوائل عهدها ، قد اكد على العكس ضرورة اشراك العائلة في العملية العلاجية أكد على أهمية التركيب العائلي والبيئة العائلية ، وطرق الاتصال داخل العائلة ، والأساطير التي تؤ العائلة . وانطلاقا من قناعة ادلر بأهمية العائلة في العملية العلاجية فقد وضع عدة خطوات من العائلي ، وأهم هذه الخطوات هي : علاج العائلة ، وارشاد العائلة ، وتعليم العائلة ، وتعليم الوا وتوعية العائلة عن طريق الكتب والنشرات التي تساعدهم على التعامل السليم مع المضطرب او من العائلة . وقد تطور هذا الأسلوب العلاجي منذ بدايته الى ما يسمى الآن بالعلاج العائلي ا MFT ، والذي يتكون من جمع بعض المرضى بالشيزوفـرينيا مـع أقرب أقـاربهم (آبائهم واخـ وأزواجهم) ، في جلسات علاجية تعقد مرّة واحدة كل أسبوع . ويفترض هذا الأسلوب العلاجـ يوجد هنالك «مريض أساسي» ، وعائلة سليمة وصحيحة ، ومن هذه الفرضية ينبع العلاج الذ على أساس القناعة بأن هنالك خطأ في العلاقات العائلية وهو الخطأ الذي يحاول العلاج اصلا

طريق طرح المشاكل العائلية في جلسات جماعية والبحث عن الحلول الممكنة والسليمة لها .

الخلاصة :

إن البينات التي أشرنا اليها وغيرها من البينات ، تدلل كلها على أن العائلة ترتبط بصورة وثيقة بظهور مريض شيزوفريني من بين افرادها . وهذا الارتباط يظهر على شكل خلفية من الاضطراب في تاريخ العائلة وحاضرها . وتحليل هذه الخلفية يظهر بأن الاضطراب العائلي يقوم على عدة مستويات متوالية ، وإن كان له أن يبدو أكثر وضوحاً في مستوى منها منه في مستوى آخر ، وهذه المستويات هي المستوى البايولوجي ويشمل المقررات الوراثية الثابتة أو الطارئة والناجمة عن فعل المحيط أثناء فترة الحمل ومرحلة الطفولة الصغيرة ، أما المستوى الثاني فهو المستوى النفسي ويشمل عمليات التنشئة والفطام والتي يلعب الوالدان فيها وخاصة الأم دوراً رئيسياً . أما المستوى الثالث فهو مرحلة بناء الشخصية ، والاضطراب في هذه المرحلة يشمل عمليات ايجاد المثل أو النموذج في حياة الطفل ، كما يشمل طرق الاتصال بين أفراد العائلة وخاصة الاتصال بين الوالدين والطفل المعرض للاصابة بالمرض ، ويشمل هذا المستوى أيضاً مسألة تكوين الحدود العائلية وتكوين الهوية الفردية ضمن هذه الحدود . أما المستوى الرابع والأخير فهو مرحلة الدمج الاجتماعي ، ويشمل ذلك عمليات التحرر من القيود العائلية وإقامة الروابط مع الغير خارج العائلة . والامعان والتدقيق في جميع هذه المستويات وما تتضمنه من عناصر وعمليات ، تبين بكل وضوح توفر الاضطراب فيها والى حد يفرقها عما هو مألوف في العائلة السوية ، أو ما هو معروف في حالات مرضية أخرى غير الشيزوفرينية . غير أن وضوح الاضطراب في واقع العائلة وفي أي من هذه المستويات يجب أن لا يدفعنا الى الاسراع بالحكم بأن هذا العامل وليس ذاك هو السبب في تكوين المرض أو ترسيبه ، ذلك أن مامن سبب واحد يمكن تعيينه لمرض الشيزوفرينيا أو في أي مرض عقلي أو نفسي آخر . وبهذا الاحتراز ، فإن العائلة تظل هي مركز انتقال المرض إلى المريض ، وإن كان من الصعب حتى الآن تقرير طريقة هذا الانتقال ، إذ ما زالت طرق الانتقال العائلي غامضة في مساراتها ومتعددة في أشكالها ، وسيظل من الصعب تحديدها وتقرير فعلها ما لم تتوفر الحقائق الكافية عن وراثية المرض ، ويصبح بالامكان عزل فعل الوراثة عن فعل العوامل الأخرى الفعالة في الأدوار والمستويات التالية للوراثة . والوصول إلى هذه الحقائق ما زال بعيداً ، وقد يسهل عملية الوصول لهذه الحقائق الاستفادة من التقنيات الحديثة والتي تمكن من تلقيح البويضة خارج الرحم وزراعة الجنين بعد ذلك في أم ذكية وسليمة ، ثم رصد العوامل المحيطية والتجارب الحياتية التي يتعرض لها الطفل التالي .

إن من السهل ، استناداً الى البينات التي أوردناها ، أن يتوصل الواحد الى الاستنتاج الذي توصل اليه « لانج » من أن العائلة هي المريضة وليس المريض ، وأن المريض هو الضحية . وقد يكون الأمر كذلك ، غير أن العائلة مع ذلك لا يمكن أن تحمل المسؤولية المعنوية أو الأدبية لمساهمتها في فالعائلة ، أية عائلة ، ما هي الا حلقة في سلسلة وراثية متواصلة ، وهي لا تستطيع التحكم فيما تحمله من امكانيات وراثية من جيل الى جيل ، فهي لا تعلم ماذا تحمل ، وحتى لو علمت ، فإنه يتعذر عليها ايقاف ذلك ، الا إذا اتخذت القرار بايقاف عملية التكاثر بالولادة ، والتي تعني فناء العائلة ومنع تكوينها . واذا كانت العائلة

عاجزة عن ايقاف مساهمتها الوراثية في تكوين المرض ، فهي أيضاً عاجزة عن التحكم بتكوينها ونظامها العائلي أو في علائقها وصلاتها الواحد بالآخر ، ذلك أن هذه الأمور مقررة بفعل الوراثة من ناحية كما أنها مقررة بفعل المحيط العائلي الذي نشأ فيه وانحدر منه مؤسسو العائلة من أب وأم . ومن الواضح أيضاً أن من الطبيعي لأي انسان أن يستجيب بالصورة الموافقة لما يحدث حوله من تجارب ، ولعائلة الشيزوفريني أن تستجيب بصورة ما لظهور حالة مضطربة سلوكياً وعقلياً وعاطفياً بين صفوفها بسبب ذلك ، وبهذا فإن بعض ما تتسم به العائلة من خصائص وصفات انما هو بتأثير الفرد غير الطبيعي على الحياة العائلية كلها ، ولما تجده العائلة من ضرورة للتعايش معه وبصورة تتوافق مع اضطرابه ، وهكذا فإن العائلة تضطرب بفعل المريض بينها وبنفس ضرورات التعايش التي تؤدي الى اضطراب المريض بسبب عائلته المضطربة بصورة أو أخرى . . ومع وضوح هذا الفعل المتبادل من الجانبين : العائلة والمريض ، فإنه لمن المتعذر تحديد نقطة الابتداء في هذا الفعل أو تحديد البادىء منهما في هذا الفعل ، ذلك أن عملية التفاعل بين المريض وعائلته هي عملية معقدة ومتعددة العناصر،وجذورها راسخة في التكوين البايولوجي والنفسي للطرفين، وهي ممتدة عبر المسيرة الحياتية لكل منهما ، وهو واقع يفسر القول بأن الطفل هو ابن ابيه وأب له في آن واحد .

القسم الثالث

احتمالات المرض الشيزوفريني

١ ـ احتمالات الاصابة بالمرض .

١ ـ الاحتمالات الاحصائية.

أ ـ الاحتمالات بصورة عامة.

ب ـ الاحتمالات بسبب القرابة من مريض شيزوفريني .

ج ـ الاحتمالات بسبب الظروف المحيطية .

٢ ـ احتمالات الاصابة من خصائص الشخصية .

٣ ـ العلامات العصبية واحتمالات الاصابة .

٤ ـ احتمالات الاصابة من طبائع الوالدين .

٥ ـ احتمالات المرض والمحيط الاجتماعي.

٦ ـ العلامات الاختبارية والمختبرية

مختصر عوامل الاحتمال (الخطورة الأعظم) للإصابة .

٢ ـ وقوع المرض وانتشاره :

- الحضارة والمرض .
- السمات الاجتماعية والمرض .
- طبيعة الحياة والمرض .
- ألمستوى الاجتماعي والاقتصادي والمرض .
- الثقافة والمهنة والمرض

- العمل والمرض .
- الهجرة .
- التغرب .
- الجنس .
- العائلة والمرض .
- الحالة الزوجية .
- موسم الولادة والمرض .
- الزيادة في وقوع المرض وانتشاره .

٣ ـ المؤشرات المنذرة بالمرض

- الوراثة العائلية .
- العلامات الجسمية والعصبية في الطفل الوليد .
- المحيط العائلي .
- السمات السلوكية للطفل أو الحدث .
- انماط الشخصية واحتمالات المرض .
- التجارب الحياتية واحتمالات المرض .

١ ـ احتمالات الاصابة بالمرض

ربما لا يتوجه انتباه معظم الناس الى احتمال اصابتهم بالمرض الشيزوفريني مع ان درجة ما من هذا الاحتمال تتوفر في كل انسان. غير ان هنالك انتباها واهتماما اعظم بشأن هذا الاحتمال عندما تتوفر البينات عن وجود تاريخ لمرض عقلي وخاصة الشيزوفرينيا في عائلة المريض وبدرجة او اخرى من درجات القرابة للفرد، او عندما تظهر بوادر معينة في شخصية المريض، مما ينوه احيانا بالمرض الشيزوفريني قبل ظهور المرض الفعلي. وقد قام الباحثون خلال عدة عقود من الزمن بدراسات عديدة هدفت الى تقرير احتمالات الاصابة بالشيزوفرينيا في المجتمع بصورة عامة، وفي الافراد الذين يتوفر في وراثتهم المرض الشيزوفريني من بعيد او قريب، وفي الاشخاص الذين تظهر عليهم علائم من اضطراب الشخصية المهيأة للمرض. وقد شملت هذه الدراسات الاطفال من والد او من والدين مصابين بالمرض، والتوائم المتشابهة او غير المتشابهة ممن اصيب احد التوأمين بالمرض، كما شملت دراسة تفرع المريض من الشجرة العائلية التي تتوفر فيها حالة شيزوفرينية، اضافة الى دراسات متابعة زمنية لاولئك الذين ظهرت عليهم بوادر معينة في فترة ما من طفولتهم او حداثتهم مما انذر باحتمال وجود المرض فيهم. وقد جاءت نتائج بعض هذه الدراسات متوافقة مع بعضها الى حد بعيد، وجاء بعضها متفاوتا او حتى متعارضا في نتائجه ايضا. مما يجعل من المتعذر اعطاء تقريرات ثابته وقاطعة عن درجة احتمال اصابة اي فرد ما بالمرض الشيزوفريني في جميع هذه الحالات، وهو امر متوقع بالنظر لأننا لا نعلم حتى الان الأسباب الفعالة في نشوء الحالة المرضية، كما اننا لم نستطع بعد حصر العوامل المرسبة للمرض في أي فرد ما. ومع جهلنا بهذه النواحي الهامة، الا ان نتائج الدراسات التي جرت حتى الان قد تعطي توقعات ذات اهمية في تقدير احتمال حدوث المرض. وفيما يلي خلاصات لاهم النتائج المتوفرة حاليا في هذا الموضوع والتي نبينها في ثلاث مجالات:(اولا) مجال الدراسات الاحصائية (ثانياً) مجال علامات الشخصية والسلوك (ثالثاً) مجال العلامات والفحوص المختبرية والاختبارية.

اولاً : الاحتمالات الاحصائية :

لا يتوفر اجماع بين الباحثين حول احتمالات اصابة الفرد بالمرض الشيزوفريني اثناء حياته، ذلك ان هنالك تقديرات متفاوتة حول نسبة وقوع المرض بين باحث وآخر وبين مجتمع وآخر، اضافة الى ما يتوفر من تفاوت في تقرير حدود المرض وما يشمله من حالات، كما ان درجة الاحتمال تتفاوت تبعا لمقدار القرابة الوراثية بين الفرد وبين فرد آخر مصاب بالمرض.

أ) الاحتمال بصورة عامة :

تفيد معظم الدراسات بان معدل وقوع الاصابة بالشيزوفرينيا في اي فترة زمنيةيكون في حدود١٪ ، وهذه النسبة تشير فقط الى نسبة وقوع المرض الفعلي في المجتمع في أي وقت كان ، ولا تفيد بدرجة احتمال وقوع المرض ، وهو الاحتمال الاعلى من ذلك بكثير والذي يحسب عادة على اساس عدد الاصابات الجديدة التي تقع كل عام في مجتمع معين العدد من السكان او على اساس المتابعة الطويلة المدى لفئة معينة من السكان من الولادة حتى الوفاة . ومثل هذه المتابعة تشكل صعوبة كبيرة في معظم المجتمعات ، وان كان بعض الباحثين قد قاموا بها باعتماد اسلوب او آخر من اساليب التقصي والمتابعة الطويلة المدى .

وتفيد الاحصائيات التقديرية بان هنالك اربعة ملايين مريض شيزوفريني جديد في العالم يقع بالمرض كل عام . واذا صح هذا التقدير فهذا يعني ان واحدا في الالف من السكان يصاب بالمرض كل عام . ولما كان المرض يقع عادة بين سن الخامسة عشرة والخامسة والثلاثين لاول مرة ، فان مجموع امكانية اصابة اي فرد بالمرض هي ٢٠ في الالف (عدد سنوات التعرض بين سن ١٥ وسن ٣٥ مضروبا في الاحتمال السنوي وهو واحد من الالف) ويمكن لذلك اعتبار هذه النسبة اي ٢٠ في الالف (٢٪) بانها تمثل نسبة احتمال اصابة الفرد بالشيزوفرينيا في الحياة . وهنالك من الباحثين من يزيد في هذه النسبة فيوصلها الى احتمال قدره ٣٪ خلال الحياة كلها ، وهنالك من يضعها في حدود ١٪ كما افادت بذلك دراسة متابعة اجراها فرمنج ـ ١٩٥١ ، على عينة من السكان تابع وقوع الشيزوفرينيا بين افرادها من سن الولادة حتى سن الستين . وضمن حدود التفاوت بين الدراسات ، فقد لوحظ بان احتمالات الاصابة في مجتمع ما قد تكون اقل او اكثر من المعدل ، ففي دراسة على مجتمع زراعي منعزل في شمالي امريكا (الهتريين) وجدت نسبة الاحتمال بالاصابة بانها اقل كثيرا من المعدل ، بينما افادت دراسة اخرى على مجتمع مماثل في شمال السويد بان نسبة الاحتمال قد بلغت اقصى حدودها وهي ٢,٨٥٪ وهي نسبة تبلغ ثلاثة اضعاف معدل الاحتمال في البلدان الاسكندنافية بصورة عامة .

ب) الاحتمالات بسبب القرابة من مريض شيزوفريني :

اجريت بحوث عديدة لبيان درجة احتمال اصابة فرد ما بالمرض الشيزوفريني عندما يتضح ان احد اقاربه بالدم قد اصيب بالمرض . وتجمع الدراسات التي اجريت حتى الان على ان درجة هذا الاحتمال هي أعلى من درجة الاحتمال للمجتمع بصورة عامة او عندما لا يكون احد اقارب الفرد مصابا بالمرض ، كما انها تجمع على الاستنتاج ان درجة الاحتمال للوقوع بالمرض هي اعلى بكثير عندما يكون القريب المصاب بالمرض من الدرجة الاولى من القرابة منها عندما يكون من الدرجة الثانية من القرابة ،وتنخفض درجة الاحتمال كلما قلت رابطة القرابة بالمريض . كما ان درجة الاحتمال تصل اقصاها عندما يكون الفرد شقيقا من توأم متشابه ويكون الشقيق الأخر مصابا بالمرض الشيزوفريني واقل من ذلك في توأم غيرمتشابه لشقيق مصاب . وفيما يلي خلاصة معدل درجات الاحتمال كما أفادت بها عدد من الدراسات .

١) احتمال اصابة شقيق من توأم متشابه اصيب شقيقه بالمرض،تقع بمعدل ٤٠٪ وفي دراسات اقل دقة بمعدل ٦٥٪ او اكثر،وتزداد النسبة تبعا لتزايد المدة الزمنية التي يعيشها التوأمان معا .

٢) الاحتمال في حدود ١٢٪ عندما يكون الشقيق المريض توأماً غير متشابه، وهي تزيد على ذلك اذا كان التوأمان من جنس واحد.

٣) في الحالات التي تكون فيها قرابة المريض من الدرجة الاولى، فان درجة الاحتمال تقع في حدود النسب التالية :ـ الشقيق او الشقيقة للمريض ٨ الى ١٤٪، احد الوالدين للمريض ١٢٪، كلاهما ٤٥٪، الابن او البنت ٤ الى ٥٪.

٤) في حالة كون المريض من بين اقارب الدرجة الثانية فان احتمال اصابة الفرد هي على المعدلات التالية : الجد او الجدة ٣٪، العم او العمة والخال او الخالة ٢٪ تقريبا، ابناء العم او العمة، وابناء الخال او الخالة ٢,٩٪ ابناء الاخ وابناء الاخت ٢,٢٥٪.

وباختصار يمكن اعتماد نسبة ١٠ في المئة، كمعدل وسط لاحتمال اصابة الفرد بالمرض الشيزوفريني عندما يكون احد اقربائه من الدرجة الاولى مريضا بالمرض الشيزوفريني، وبنسبة ٢ الى سبعة ٪ كمعدل لاحتمال اصابة الفرد بالمرض عندما يكون احد اقربائه من الدرجة الثانية مصابا بالمرض. هذا ومن المنطقي ان تتوقع ان نسبة احتمال وقوع المرض في فرد ما عندما يكون احد اقربائه من الدرجة الثالثة او البعيدة جدا هي اقل مما هو محتمل من قرابة الدرجة الثانية غير ان هذه النسبة هي اعلى مما هو محتمل بصورة طبيعية في المجتمع بصورة عامة وهي تقع في حدود ١ الى ٤٪ وذلك تبعا لمدى قرب او بعد هذه القرابة البعيدة.

جـ) الاحتمالات المرضية والظروف المحيطية :

من الواضح مما بيناه من نسب الاحتمال لدرجات القرابة المختلفة ان العامل الوراثي هو عامل هام واساسي في تقرير احتمال وقوع المرض في فرد ما وبان هذا الاحتمال يزداد كلما كانت الوراثة البايولوجية أقرب ما تكون كما هو الحال في التوائم المتشابهة وبان الاحتمال يتناقص كلما ابتعد الفرد في قرابته الوراثية عن المريض، ويتضح ايضا ان الوراثة البايولوجية مهما كان قربها ومهما كانت كاملة كما هو الحال في قرابة التوائم المتشابهة، فانها وحدها قد لا تكفي لان تضمن وقوع المرض في اي فرد ما، وهو الواقع الذي له ان يبرر الاعتقاد بوجود عامل او عوامل اخرى تساعد فعل الاستعداد الوراثي للمرض، وتؤدي الى تحقيقه الفعلي في عدد غير قليل من المرضى. ومن العوامل الهامة التي ينظر اليها على انها ذات فعل في هذا الشأن هي العوامل المحيطة، وهي عوامل عديدة ومتنوعة ولها ان تحدث في اي فترة زمنية منذ لحظة تلقيح البويضة في بدء تكوين الجنين وحتى ظهور المرض الفعلي في اي مرحلة من مراحل العمر بعد الولادة. وقد قام بعض الباحثين بدراسات واسعة حول مختلف العوامل المحيطية ومدى اثرها على احتمال وقوع المرض في فرد ما. وهنالك كما سبق لنا ان بيناه في الفصل الخاص باسباب المرض، من يرى بان المرض يتقرر فقط بالعامل الوراثي، كما ان هنالك من جانب متطرف آخر من يرى ان المرض يتقرر فقط بفعل عامل محيطي ما وفي زمن ما، وهنالك رأي الاكثرية من الباحثين ممن يعتقدون ان المرض لا يمكن ان يحدث بدون فعل عامل وراثي بايولوجي، وان هذا العامل يعطي اساس التهيئة للاصابة بالمرض، وان امكانية نقل هذه التهيئة الى حيز الاصابة الفعلية يحتاج الى فعل عوامل محيطية مساعدة، وبهذا فان للعوامل المحيطية ان

تزيد من احتمال تحقيق المرض في الذين تهيأوا له بالوراثة البايولوجية. وفيما يلي بعض العوامل المحيطية التي يعتقد بانها تزيد من احتمال قيام الحالة المرضية اذا ما توفرت بقدر ما وحدها او مع عوامل محيطية اخرى في الافراد الذين يملكون الاستعداد الوراثي للمرض.

١) تفيد بعض الدراسات بان الطفل الاول لوالديه سواء كانوا طبيعيين او مرضى بالشيزوفرينيا بأنه اكثر احتمالا للاصابة بالمرض من بقية اخوته.

٢) هنالك بينات مجادل فيها بان المشاكل الولادية التي يتعرض لها الطفل تـزيد من احتمـال اصابتـه بالمرض، كطول زمن الولادة واستعمال الوسائط الصناعية لانجازها وصعوبة الولادة ونقص او تعثر التنفس الطبيعي عند الولادة.

٣) نقص الوزن عند الولادة يتوافق مع احتمال اكبر بالاصابة بالمرض.

٤) وجود اعراض في الجهاز العصبي من النوع المعروف بالاعراض اللينة Soft signs .

٥) مع انه يتضح ان الكثير من الحالات المرضية الشيزوفرينية تنشأ ضمن دينامية من التفاعل الخاطىء بين الشخص المهيأ وبين محيطه العائلي المضطرب، الا انه لا توجد بينة مقنعه حتى الآن بان مثل هذا التفاعل الخاطىء يكون عاملا فعالا وهاما في تكوين المرض. ويرى بعض الباحثين بانه لا توجد فروق فعلية في التفاعلات العائلية بين عائلة نما فيها مريض شيزوفريني وبين عـائلة نما فيهـا فرد طبيعي. ولتقرير فعل العوامل المحيطية فقد وجد ان افضل مجال للبحث في اثرها هو دراسة الظروف الحياتية ومقارنتها في التوائم المتشابهة او في اولاد المصابين بالشيزوفرينيا، لان الفروق في الظروف المحيطية هي التي تقرر فيما اذا كان الواحد او الآخر من التوأمين يصاب بالمرض. والابحاث المختلفة في هذا الموضوع لم تظهر بعد وجود عامل محيطي خاص ومعين يصح اعتباره بوثوق عاملا فعـالا ومساعدا في تقرير تحقيق الاستعداد الوراثي للمرض، غير ان هنالك بينات بان بعض العوامل لها بعض العلاقة في هذا الشأن، مثل مشاكل الولادة التي ذكرناها والمحيط العائلي، لكنه لم يثبت حتى الان فيما اذا كانت هذه العوامل هي محيطية بالمعنى الكامل، او انها مجرد تعبير عن الاستعداد الوراثي او التجربة الحياتية للفرد او كليهما.

ثانيا : احتمالات الاصابة بالمرض من خصائص الشخصية :

تتفق معظم الابحاث على ان خصائص معينة من الشخصية هي اكثر ارتباطا بالتاريخ المرضي للشيزوفرينيا وبان ظهور بعض هذه الخصائص وبصورة واضحة ومتواصلة قد يكون مؤشـرا لاحتمال اعظم بنشوء الحالة المرضية في المستقبل خاصة اذا توفر مرض الشيزوفرينيا او أي مرض عقلي آخر في التاريخ الوراثي للفرد، او اذا كان احد اشقاء الطفل او الحدث قد اصيب بالمرض الشيزوفريني. وبالنظر لما يثيره احتمال وقوع المرض من قلق وتوقع في نطاق العائلة خشية اصابة فرد آخر او اكثر بالمرض عاجلا او آجلا، فان الاهتمام يتوجه الى رصد مظاهر السلوك التي لها ان تدلل في نظرهم على هذا الاحتمال، ولمثل هذا الوضع النفسي من القلق والارتقـاب ان يضخم في نظر العـائلة كل بـادرة سلوكية في الأحـداث من اولادهم، وقد يزيد ذلك في قلقهم وارتباكهم ويدخل عوامل جديدة في حياتهم لها ان تزيد في اضطراب

العلائق البيتية بما في ذلك العلائق مع الحدث المرشح للاصابة بالمرض.

لقد افادت دراسات عديدة، منها ما سبق ظهور المرض الشيزوفريني، ومنها ما كان رجعيا وتقصى خصائص الشخصية السابقة للمرض في المرضى المصابين بالشيزوفرينيا، ومنها ما تم على الأطفال والاحداث الذين يحملون احتمالا اعظم للاصابة بالمرض بسبب امكانياتهم الوراثية، بان بعض خصائص الشخصية تؤكد احتمالا يزيد عن المعتاد للاصابة بالمرض، وان كان ذلك لا يضمن بالضرورة نشوء المرض الفعلي. فقد تتوفر جميع هذه الخصائص ولا يحدث المرض، وقد ينعدم وجودها كليا او جزئيا ومع ذلك يحدث المرض. وفيما يلي بعض خصائص الشخصية التي تجعل اي فرد ما سواء توفرت فيه الوراثة الشيزوفرينية او لم تتوفر، اكثر استعدادا واحتمالا، ولو بدرجة طفيفة، للاصابة بالمرض.

ان اهم الخصائص المتكررة عن شخصية الاطفال والاحداث الاكثر احتمالا للاصابة هي حالات الوهن او الضعف العام والاتكال على الغير وخاصة الوالدين مما له ان يجعل الطفل في حالة صراع متواصل مع بيئته البيتية بالنظر لما تتطلبه حالته من رعاية خاصة ومستديمة. اما الاولاد من الذكور بصفة خاصة فانهم اقل مقدرة على السيطرة الذاتية كما انهم اقل تحصيلا دراسيا واقل مرحا ولطفا وتعاونا وتكيفا واعتبارا واتزانا عاطفيا كما انهم اقل حرصا واقل توافقا مع غيرهم مما هو الحال في نظائرهم من عينة مماثلة. اما البنات الاكثر احتمالا للاصابة فهن اقل شعورا بالاطمئنان واقل امتزاجا اجتماعيا كما انهن وبصورة واضحة اقل نضجا وتكيفا وتوازنا عاطفيا واكثر هدوءا وتركيزا على الذات من نظائرهن من عينة للمقارنة. وعلى العموم فقد وجد ان الاولاد الاكثر احتمالا للاصابة بالمرض بأنهم سلبيون وغير مريحين وغير متكيفين وبمظاهر سلوكية نشطة للتعبير عن ذلك. بينما في الاناث فان الهدوء وعدم النضج وعدم التكيف الهادىء هي الخصائص المميزة لهن.

ومن المظاهر السلوكية التي لوحظ وجودها بكثرة في التاريخ السابق للمرض في بعض اصناف الشيزوفرينيا هي الاتجاه نحو التهرب من الدراسة والسرقة والكذب والايذاء ومحاولة التعدي الفعلي او الكلامي على من هم اكبر سنا، واتخاذ مواقف من المشاكسة وعدم التعاون. وفي طائفة اخرى لوحظ تجمع خصائص من الهدوء والانطواء والحساسية المفرطة، والشعور بالخوف وعدم الاطمئنان. وبصورة عامة فان احتمالا اعظم للاصابة بالمرض يحدث في مستقبل الاطفال والاحداث الذين يبدو انهم لا يتحملون بسهولة او بصورة متوازنة ما يتعرضون له في حياتهم من مواقف مرهقة، ونقص تحملهم هذا يظهر على هيئة فورات مزاجية حادة وسريعة عند تعرضهم لمواقف الاثارة والشدة. حتى تلك الشدة والاثارة التي تقل كثيرا عما يستطيع الطفل او الحدث الطبيعي من ملاقاته باتزان وضبط النفس. كما ان هذا النقص يظهر على صورة فيض من الانفعالات في الجهاز العصبي العاطفي.

ثالثاً : العلامات العصبية واحتمالات الاصابة :

لوحظ ورود بعض العلامات العصبية في التاريخ المرضي لبعض المصابين بالمرض الشيزوفريني وخاصة اولئك الذين اصبحوا فيما بعد مرضى مزمنين بالمرض، وقد دفع ظهور هذه الاعراض الى الاعتقا بوجود عطل عصبي في هؤلاء، غير ان الابحاث التشخيصية لم تعين مكان وطبيعة هذا الخطأ بصورة ثابتة

ومقنعة في الدماغ، ولهذا سميت هذه العلامات العصبية بالعلامات العصبية اللينة على خلاف العلامات العصبية الصلبة التي يتزامن وجودها مع بينات اكيدة عن العطل او الضرر العصبي في مكان ما في الدماغ او الجملة العصبية. والعلامات العصبية اللينة التي يكثر وجودها في التاريخ المرضي للمصابين بالشيزوفرينيا هي اضطرابات النطق، وضعف التوازن الحركي، وبعض الخلل في طريقة المشي، والحركة الزائدة او القليلة، وصعوبة تركيز الانتباه، والنقص في المهارات الحسية والحركية.

رابعا : احتمالات المرض من طبائع الوالدين :

اذا تساوت جميع العوامل التي قد تقرر درجة الاحتمال للاصابة بالمرض، فان لطبائع الوالدين او احدهما ولعلائقهما مع بعضهما ومع الابن او البنت المعرضة للاصابة، وللجو العائلي بصورة عامة،ما يمكن ان يكون عاملا فعالا ومرجحا نحو زيادة الاحتمال للاصابة بالمرض للشخص المهيأ لذلك. ومن اهم ما يلاحظ في هذا الموضوع هو التعلق والاتكال للطفل على امه، وما تبديه الام من تملك وحوزة لطفلها او حرمان الطفل من قرب او حنان امه نتيجة لنوع او آخر من انواع التفريق بينهما. والمعتقد ان هذه المظاهر من التعامل بين الطفل ووالديه تؤدي الى تخلف في عملية نمو شخصيته، وهو الامر الذي ينقص من مقدرته على مواجهة المواقف الحياتية التي تعترضه في سن المراهقة والتكيف على ضروراتها، وهذا الواقع يضطره بالتالي الى النكوص الى ادوار سابقة في نمو شخصيته عندما كان يشعر بالامان بسبب اتكاله على والديه، مما يجعله قاصرا على مواجهة المشاكل الحياتية التي تعترضه وبالواقعية التي تتناسب مع مرحلة العمر التي وصل اليها. ومن خصائص الوالدين وخاصة الاب، التي اذا ما توفر الاستعداد للمرض فإن لها ان تزيد في احتمال ظهوره في الحدث في المستقبل، هي خاصة العنف والتعدي التي يمارسها الاب على الحدث، وعدم مقدرته على تلمس حاجاته اضافة الى تحليه بصفات الشك وبعض مظاهر الاضطراب في التفكير.

خامساً : احتمالات المرض والمحيط الاجتماعي :

للمحيط الاجتماعي الذي نما أو عاش فيه الفرد بمحتواه الثقافي والاقتصادي والاجتماعي ان يزيد من احتمال وقوع المرض في الفرد الذي يرتبط بنوعية خاصة مع هذا المحيط، فالدراسات في معظمها تؤيد الملاحظة بان المحيط الاكثر فقرا والاكثر خلخلة في تكوينه العائلي والاجتماعي، كما هو الحال في محيط الاحياء الفقيرة في مراكز المدن الكبيرة، فانه محيط اكثر دفعا للفرد المهيأ نحو احتمال اكبر للاصابة بالمرض الشيزوفريني من انماط افضل من المحيط، ومثل ذلك يلاحظ في المجتمعات غير المستقرة والتي تتعرض الى تغيير جذري في مكان السكن والاتصالات العائلية والانماط الحضارية التي تعود عليها الفرد في مجتمعه الأول. هذا وهنالك من يتشكك في فعالية مثل هذا التغيير الحضاري في زيادة الاحتمال بالاصابة بالمرض، وهنالك من جانب آخر من يرى بأن العلاقة بين الشيزوفرينيا وبين التغيرات الحضارية هي علاقة معقدة او انها مازالت غير واضحة او بينة حتى الان.

سادساً : العلامات الاختبارية والمختبرية واحتمالات المرض :

كما بينا في الفصول الخاصة باسباب المرض وتشخيصه، فان الابحاث مازالت مستمرة بهدف العثور على علامات اختبارية او مختبرية يشير وجودها الى قيام المرض الشيزوفريني او الى احتمال اكبر بالاصابة

به . ولم يتمكن العلماء حتى الان من اكتشاف علامة مختبرية واحدة فارقة بين المرض او بين احتمال الوقوع فيه في فرد ما وبين فرد آخر صحيح وليس عنده اي احتمال غير اعتيادي للاصابة بالمرض . غير ان بعض الابحاث في هذا الموضوع قد افادت بوجود بعض العلامات والبينات المختبرية التي يدلل وجودها على احتمال اكبر مما هو متوقع اعتياديا للاصابة بالمرض . واذا ما توافق وجود هذه العلامات مع بعض العوامل الاخرى التي تزيد في هذا الاحتمال، والتي سبق ذكرها، وخاصة العامل الوراثي، فان الفرد يصبح بصورة واضحة اكثر استعدادا للاصابة بالمرض، او كما يصطلح عليه (مخطوراً) بصورة اعظم للاصابة بالمرض. واهم العلامات المدللة على هذه الخطورة هي العلامات التالية، والتي اشير اليها في مكان آخر من هذا الكتاب :

١ ـ وجود مستوى منخفض من الأنزايم المعروف بمونامين اوكسديز ـ ب MAO - B في اللوائح الدموية (Blood Platelets) .

٢ ـ وجود درجة اعظم من عدم الاستقرار في الجهاز العصبي الذاتي خاصة التهيج الأعظم كما يقاس بفحص استجابة الجلد لتيار الكلفانيك Galvenic Skin Reaction . وبوجود اتجاه اعظم للابتعاد عن المألوف في فحص ترابط الكلمات Word Association Test .

٣ ـ قام بعض الباحثين بدراسات مقارنة للحركة الدماغية في اطفال المصابين بالشيزوفرينيا، وفي اطفال لأبوين غير مصابين بالشيزوفرينيا، ولاطفال لابوين مصابين باضطرابات عقلية غير شيزوفرينية . وقد افادت هذه الابحاث بان الاطفال لوالدين، او احدهما، مصابين بالشيزوفرينيا يظهرون بان حركة الفا Alpha عندهم، وهي الحركة الاكثر سيطرة في الحركة الدماغية عند الناس الاصحاء، هي اقل مقدارا عندهم وبأن متوسط ارتفاعها (قوتها الدافعة) اقل من المعتاد، كما ان قابلية هذا الارتفاع للتغيير اقل، كما تكثر الحركةالبطيئة المعتدلة (حركة ثيتا Theta) والحركة السريعة (حركة بيتا Beta) بنسبة اكثر من المعدل المألوف في الاشخاص الطبيعيين.

٤ ـ ظهور حركات غير طبيعية للعينين اثناء متابعة تحرك هدف معين امام العينين . فقد وجد مثلا بأن ٧١ في المئة من الاشقاء في التوائم المتشابهة التي اصيب فيها الاشقاء الآخرون بالمرض الشيزوفرينيي قد اظهروا هذه الحركات غير الطبيعية للعينين والتي تتمثل على صورة ضعف وبطء في سيولة حركة العين عند متابعة هدف متحرك، كما ان ٥٤٪من الاشقاء من غير المرضى لتوائم غيرمتشابهين اصيبوا بالمرض قد اظهروا هذا النوع من الضعف في حركة المتابعة للعينين . وهنالك من الباحثين من يعتبر هذه الظاهرة بانها خاضعة لسيطرة الوراثة، ويجعلونها علامة فارقة تنذر بالمرض، غير ان باحثين آخرين يرون ان الظاهرة هي نتيجة ما يعانيه الفرد من نقص في عملية الانتباه، مما يجعل متابعته للاشياء المتحركة وحتى ملاحظتها اقل كفاءة من الفرد الطبيعي . هذا وعلى العموم فان الطبيعة الفيزيولوجية لهذه الظاهرة الهامة ما زالت غامضة، غير ان هذا لا يقلل من اهميتها في التنبؤ باحتمال اعظم بالاصابة بالمرض اذا ما وجدت بالقياس مع فرد لا توجد فيه مثل هذه الظاهرة .

٥ ـ نتائج فحص روشاخ للبقع الحبرية، وهي التي تفيد بان اولئك الاكثر احتمالا للاصابة بالمرض هم اولئك الذين يرون في البقع الحبرية من الاشكال اقل مما يراه الفرد الطبيعي ممن هـو من خلفية

حضارية وثقافية مماثلة، كما انهم يرون الجزيئات اكثر من الكليات ويغفلون معاني الحركة في الاشياء التي يرونها كما يغفلون الاشكال الملونة كما ان ما يرونه يتصف بالشذوذ والغرابة والتكرار.

مختصر عوامل الاحتمال (الخطورة العظمى) للاصابة :

ليس هنالك من عامل واحد او مجموعة من العوامل ، اذا ما توفر وجودها في فرد ما يمكن لها ان تتنبأ بثقه تامة بأن مرض الشيزوفرينيا واقع لا محالة ، فقد يحدث المرض بدون اي من هذه العوامل وربما لا يحدث ايضا مع توفر جميع هذه العوامل . غير ان العوامل التالية ان وجدت وخاصة العامل الوراثي فانها قد تزيد من احتمال خطورة الواقع في المرض.

١ ـ وجود عامل وراثي من الاصابة بالمرض في تاريخ العائلة ماضيا او حاضرا ، ويزداد فعل هذا العامل في تعزيز الاحتمال كلما ازدادت القرابة البايولوجية قربا وتقل كلما ابتعدت هذه القرابة بالنسبة للفرد المعني ، واكثر درجات الخطورة في الاحتمال هي اصابة كلا الوالدين بالمرض او اصابة الشقيق التوأم المشابه بالمرض.

٢ ـ ولادة عسيرة وحدوث تعقيدات اثناء الولادة مع انخفاض في وزن المولود خاصة اذا كان هنالك مايشير إلى اصابة الدماغ اثناء عسر الولادة .

٣ ـ مظاهر من الانحراف في نمو وتطور شخصية الطفل وخاصة من الصغر وبصورة متواصلة وتكوين خصائص الشخصية الشيزية (الاغراق في احلام اليقظة ، الانطواء ، العزوف عن الاصدقاء ، غرابة التفكير ، الاتكال ، الخ) .

٤ ـ ظهور خطأ في طباع الوالدين وفي تعاملهما مع الطفل وفي الجو العائلي بصورة عامة .

٥ ـ النشوء في مجتمع متغير وغير مستقر ومكتظ ومهاجر وفقير وفاشل .

٦ ـ ظهور بينات اختبارية ومختبرية مثل (أ) النقص في انزايم مونامين اوكسديز في اللوائح الدموية . (ب) ظهور بطء في حركة متابعة العينين لهدف متحرك . (جـ) ظهور اضطراب في الحركة الدماغية . (د) ظهور نتائج مدللة في فحص روشاخ (البقع الحبرية) .

٧ ـ ظهور علامات عصبية من النوع المعروف العلامات العصبية اللينة .

٢ ـ وقوع المرض وانتشاره

البحث في هذا الموضوع كالبحث في وقوع وانتشار أي مرض اخر، وهو يهدف الى التوصل الى تقدير صحيح لعدد الحالات المرضية في أي مجموعة سكانية ومقارنتها نسبياً بعدد الحالات المعرضة للمرض . غير ان مثل هذا البحث لا بد ان يأخذ بعين الاعتبار أوجه العلاقة المعقدة بين المرض وبين البيئة التي ينشأ فيها المرض . وهكذا فأن البحث في امر تحديد نسب وقوع المرض في مجتمعات مختلفة لا بد له ان يتناول العوامل البيئية التي يمكن ان تكون فعالة في تقرير هذه النسب والتفاوت بينها . وهنالك،في موضوع الشيزوفرينيا بصفة خاصة ، صعوبات جمة تعترض التوصل الى تقرير هذه الأمور بصورة علمية يمكن الاعتماد عليها ، ومن هذه الصعوبات ما يعود الى عدم الاتفاق بين الباحثين على المعالم الأساسية والضرورية لتشخيص المرض ، فهذه المعالم قد تضيق وقد تتسع مما يجعل نسب الاصابات المرضية متفاوتة تبعاً لذلك ، وعلى سبيل المثال فان المرض الشيزوفريني يشخص في كل من روسيا والولايات المتحدة بنسب اكثر مما يشخص في انكلترا مثلا ، والسبب في ذلك هو اتساع مجال الصور المرضية في البلدين الأولين ليشمل حالات النشاز في السلوك الاجتماعي وتشخيصها بأنها شيزوفرينية . ومن صعوبات التقدير ، ان الابحاث الاحصائية لا تعتمد كلها قنوات متماثلة من البحث ، فمنها ما يعتمد السجلات المرضية السابقة ، او الحالات الجديدة التي يخبر عنها في العام الواحد ، ومنها ما يعتمد طريقة المسوح الميدانية في مجتمع معين او عينة سكانية . ولكل طريقة من هذه الطرق ان تعطي من النتائج الاحصائية ما يختلف عن الطرق الاخرى . ومن الصعوبات الاخرى ما هو معروف من أن المرض الشيزوفريني في المجتمع لا يتحدد فقط بالحالات القائمة فعلاً ، وانما يشمل الحالات المرضية التي شفيت كلياً او جزئياً من المرض ، كما يشمل الحالات المرضية المسماة بالحدودية او الكامنة ، والحالات المرضية الكثيرة التي لا تعالج ولا يصل علمها للباحثين أو الاطباء إما لأن المجتمع يتقبلها ، أو لأن اصحابها يعرضون عن الاستشارة الطبية ، او لتمكن المريض بها من اخفاء اعراضه المرضية وراء ستار يموه به على وجودها . ويضاف الى ذلك ما يواجه الباحثين عادة من صعوبات في تحديد قيم قياسية للعوامل المحيطية المتعددة والمؤثرة في وقوع المرض ، وهذه الصعوبة تجعل من الصعب مقارنة نتائج دراسة ما بنتائج دراسة اخرى ، فالتركيب السكاني من حيث الولادات والوفيات ومتوسط العمر وتقاليد الزواج ومتوسط عدد افراد العائلة كلها تختلف بين محيط وآخر ، ومثل ذلك يقال في التركيب العائلي والاجتماعي وطرق المعيشة والمستويات الاقتصادية والثقافية والاجتماعية والتوزيع الجغرافي والحضاري والهجرة والتغرب وغيرها من العوامل التي يمكن لها أن تلعب دوراً في تقرير نسبة وقوع المرض الشيزوفريني اما بشكل كامن او فعلي .

إن مرض الشيزوفرينيا من الأمراض الكثيرة الوقوع وسعة الانتشار ، وهو يعتبر من اكثر الامراض وقوعاً في مراحل معينة من الحياة ، وتقدر نسبة وقوعه بحوالي ٨ اعشار الى واحد في المئة من الناس الذين تتراوح اعمارهم بين سن الخامسة عشرة والخامسة والأربعين ، ومن بين الامراض العقلية بصورة عامة فان المرض الشيزوفريني يعتبر المرض الاكثر وقوعاً ، في الكثير من المجتمعات ، وتتراوح نسبة المرضى به في مستشفيات الامراض العقلية ما بين ١٥ و٩٠ في المئة ، وتفاوت النسبة هذا يعتمد على طبيعة المستشفى والعلاج وعلى البلد الذى تقوم فيه هذه المستشفيات . ومع ارتفاع نسبة وقوع المرض ، الا ان هنالك ما

يثبت بأن النسبة الفعلية لوقوع المرض وانتشاره هي اعلى من ذلك بكثير، فالكثيرون من المصابين بالمرض لا يشخصون ، اما لأن اعراضهم غير واضحة تماماً ، او لانهم لا يأتون او لا يجلبون عنوة للعلاج الطبي لسبب او آخر ، او لأن حالتهم المرضية تشخص على صورة مرض آخر . والمعتقد هو ان هنالك من المرضى غير المشخصين ما يزيد كثيراً على المرضى المشخصين والذين يخضعون للعلاج الفعلي .

لقد قام الباحثون بالكثير من الدراسات في محاولة تقرير مدى انتشار المرض في المجتمع الواحد وفي المجتمعات المختلفة في العالم ، واعتمد الباحثون اساليب دراسية مختلفة ، منها الاحصاء الطبي للحالات الشيزوفرينية المسجلة او التي عولجت في المستشفيات والمراكز العلاجية الخاصة ، ومنها ما اعتمد سجلات المرضى الذين عولجوا ولاول مرة في سنة واحدة . ومن هذه الدراسات ما اتجه الى بحوث اكثر دقة استهدفت الفحص الشامل لكل فرد من عينات او مجتمعات سكانية . وقد أفادت معظم هذه الدراسات بأن الشيزوفرينيا مرض عام الانتشار وبأن نسبة وقوعه في المجتمعات تتراوح ما بين ٣ اعشار وواحد في المئة ، وبمعدل اقرب ما يكون الى ٨ اعشار الواحد في المئة ، وبأنه اكثر ما يقع في الفترة الزمنية ما بين عمر ١٥ و ٤٥ سنة ، وبأن اكثر الحالات المرضية تقع او تبدأ دون سن الخامسة والعشرين (٧٥ في المئة من مجموع الحالات المرضية) . وفي انجلترا على سبيل المثال ، تفيد الدراسات الاحصائية بوقوع ما بين ١٠ و ١٥ حالة مرضية شيزوفرينية جديدة كل عام في مجموعة سكانية من مئة الف فرد ، وبأن اعلى نسبة للوقوع في الذكور هي فترة العمر ما بين ١٥و ٢٤ سنة ، وبعد هذه الفترة من العمر فأن خطر الاصابة يقل تدريجياً . اما في الأناث فان أعلى نسبة من الوقوع هي في فترة العمر ما بين ٢٥ و ٣٤ سنة ، ومن بعد ذلك تقل بصورة تدريجية وبأبطأ مما يشاهد عند الذكور . هذا ولا توجد فروق تذكر بين نسبة وقوع المرض الذكور أو الاناث بصورة عامة . أما في امريكا فان الدراسات تفيد بأن نسبة وقوع المرض تزيد على ضعف ما هو وارد في الدراسات الانجليزية ، اذ تتراوح نسب وقوع الحالات الجديدة في كل مئة الف من السكان ما بين ٣٠ و ٧٢ مريضاً جديدا من كل عام . وهذا يعني بأن أي فرد ما يختار عشوائياً ، في المجتمع الامريكي فان له حظ الوقوع بالمرض الشيزوفريني بنسبة واحد في الالفين . واذا حسب هذا الحظ لكل سنة من سنوات متوسط الحياة فوق سن الخامسة عشر ، فان خطر الاصابة بالمرض العقلي يصل الى ثلاثة في المئة من المجتمع .

وتتعدد التفاسير لهذا الارتفاع في نسبة وقوع المرض في كل من المجتمعين المعاصرين في امريكا وانجلترا . وهنالك من يفسر التفاوت بأنه ناجم عن التشخيص المفرط للمرض الشيزوفريني في امريكا بسبب حماس المجتمع والأطباء لهذا الاتجاه ، مما يسهل اعتبار حالات مرضية عديدة ضمن اطار المفهوم الشيزوفريني . وبعضهم يفسر الظاهرة على اعتبار انها دليل على تضافر وتعقيد العوامل البيئية المختلفة التي تتفاعل مع الاستعدادات الوراثية وتسهل ترسيب الحالات المرضية ، وهنالك من يفسر الظاهرة على اساس يجمع بين الحماس للتشخيص وبين تعقيد ظروف الحياة وملاءمتها لوقوع المرض في المجتمع الامريكي . هذا وهنالك من الدراسات ما يبين بأن نسبة وقوع المرض هي في تزايد مستمر خلال الثلاثين سنة الاخيرة، غير أنه من الصعب التثبت فيما اذا كانت هذه الزيادة هي زيادة فعلية او ظاهرية . وتدلل الدراسات الاحصائية على مدى العلاقة بين انتشار المرض ومتغيرات وعوامل اخرى في الظروف والحياة بشكل عام ، مثل العمر، والجنس ، والعرف ، والموقع الجغرافي ، والمناخ ، والسمات الحضارية ،

والمستوى الاجتماعي، والاقتصادي والمهني والثقافي، والسكن (الريفي او المدني)، وحجم العائلة وترتيب موقع الفرد في العائلة، وموسم الولادة، الى غير ذلك من العوامل التي افترض الباحثون بان لها بعض العلاقة في تقرير وقوع وانتشار المرض. وخشية حدوث أي انطباع خاطىء عن القيمة الفعلية لهذه العوامل في وقوع وانتشار المرض الشيزوفريني، فانه يقتضي التأكيد بأن أياً من هذه العوامل أو اي مجموعة منها، لا يمكن ان تكون كافية لتقرير قيام الحالة المرضية بدون توفر شرط اساسي وهو الاستعداد (الوراثي) للاصابة بالمرض، وبدون هذا الاساس، فان أي عامل محيطي او حياتي مهما كان قوياً لا يستطيع ايقاع المرض في أي انسان. وفيما يلي خلاصة لبعض نتائج الدراسات التي قام بها الباحثون في النواحي المختلفة المتعلقة بوقوع المرض وانتشاره :-

الحضارة :

هنالك من يأخذ بالرأي بأن مرض الشيزوفرينيا هو مرض حضاري، وبأنه سمة من سمات الحضارة الانسانية المعاصرة وخاصة الغربية والصناعية. ويستند اصحاب مثل هذا الرأى على الحجة بأن المرض لم يكن معروفاً قبل القرن التاسع عشر، وبأنه ظهر بشكل واضح في المئتي سنة الأخيرة، وبأنه منذ ذلك الحين وهو في تزايد مستمر بنتيجة التطور والتغيير الحضاري، كما انهم يستندون في حجتهم على ما يعتقدونه من خلو او ندرة المرض في المجتمعات الحضارية البدائية المعاصرة. وفي تفنيد هذه المزاعم ترد آراء وحجج عديدة، فالمرض ليس بالمرض الحديث بالنسبة للانسان، فقد عرف المرض بمعظم صوره المألوفة واعراضه المعروفة من هلاوس حسية واوهام ذهنية واضطرابات سلوكية منذ اقدم العصور. وقد ورد وصف وتصنيف بعض هذه الصور المرضية باصطلاحات مختلفة منها الملنخوليا، والسوداوية، والبارانويا والواهمة المرضية وغيرها من التعابير والمصطلحات. ومع ان استعمال (الخرف المبكر) والمصطلح الذى تلاه (الشيزوفرينيا) هما مصطلحان جديدان وضعا في المئة سنة الاخيرة، الا أن ميلاد مصطلح جديد لتسمية مرض ما، يجب ان لا يكون برهاناً على أن المرض الذي يصفه هو مرض جديد بالضرورة. اما القول بأن المرض هو في تزايد مستمر في عصرنا الحاضر، وبأنه لذلك يعكس العلاقة بين انتشار المرض والتطور الحضاري، فمع ان هنالك تزايداً احصائياً مطرداً لانتشار المرض في العصر الحاضر، الا انه ليس هنالك ما يثبت بأن هنالك زيادة فعلية في نسبة وقوع المرض، على الأقل خلال القرن الحالي، بالرغم من التغير العظيم في السمات الحضارية خلال هذه الفترة، ويضاف الى ذلك ما افادت به الدراسات عن وقوع وانتشار المرض في جميع ارجاء العالم وفي جميع البلدان والمجتمعات المتقدمة منها والمتخلفة وبنسب متقاربة بالرغم مما تتميز به هذه البلدان والمجتمعات من فروق حضارية. ويمكن للباحث ان يستخلص الاستنتاج من هذا الجدل عن فعل الحضارة على انتشار المرض بأن للتقدم الحضاري أن يعقد من حياة الفرد ويزيد في معاناته وان يكون بذلك سبباً مساعداً لترسيب المرض في الفرد اذا كان يملك الاستعداد للوقوع فيه. وعلى هذا الأساس من التقييد فقط، نستطيع اعتبار الحضارة بصورة عامة عاملاً مساعداً على زيادة انتشار المرض.

السمات الاجتماعية :

يتوفر المرض الشيزوفريني في جميع المجتمعات التي تمت دراستها، وليس هنالك من مجتمع واحد

يستطيع الأدعاء بأنه خالٍ من المرض الشيزوفريني ، غير ان هنالك الكثير من الادعاءات بأن بعض المجتمعات يندر او يقل فيها حدوث المرض . وهذه الادعاءات تفتقر الى الاسناد اللازم من البحث العلمي الرصين . ومن متابعة نتائج الدراسات الاحصائية في بلدان مختلفة نجد فروقاً واضحة في انتشار المرض بين دراسة واخرى وبلد واخر ، ومرد ذلك لا يعود فقط الى درجات الدقة في البحث ، وانما الى اختلاف في القواعد التشخيصية لما يمكن ان يسمى بالشيزوفرينيا والى درجة الحماس او الاعراض عن تشخيص المرض ، فعلى سبيل المثال فان المرض يشخص في المجتمع الامريكي بشكل عام بضعف ما يشخص عليه في انجلترا . ولعل هذا يفسر ما تفيد به الاحصائيات بان نسبة وقوع المرض في كل مئة الف امريكي في العام الواحد هي ضعف نسبة وقوع المرض في نفس العدد في انجلترا (٣٠ الى ٧٢ في امريكا ، و١٥ـ٢٠ في انجلترا) .

طبيعة الحياة :

ان الملاحظ هو ان مرض الشيزوفرينيا هو اكثر انتشارا في المجتمعات الحضرية (المدن) منه في المجتمعات الزراعية الريفية ، ففي دراسة دقيقة قام بها باحثان على مجتمع زراعي منعزل في شمالي امريكا (مجتمع الهترين Hitterites)، تبين بأن نسبة وقوع المرض منخفضة جداً ، بالقياس على ما هو معروف في المجتمعات الحضرية الأخرى . هذا ويتصف المجتمع المشار اليه بطرق حياته البسيطة ، وبالملكية المشتركة بين افراده . غير ان هنالك من الأبحاث ما يتعارض مع الاستنتاج بأن الحياة البسيطة والنائية تحول دون قيام المرض ، ففي دراسة قام بها احد الباحثين على مجتمع منعزل وبدائي في شمالي السويد ، ويعيش تحت ظروف مناخية صعبة وفي ظروف بدائية ، وجد الباحث بأن المرض يقع في هذا المجتمع بنسبة تزيد على ٣ أضعاف ما هو معروف عليه في دراسات اسكندنافية اخرى . ويمكن الاستخلاص من هذه الدراسات بأن بدائية المجتمع في حد ذاتها لا تمنع من المرض بقدر ما لطبيعة الحياة واثرها على الفرد من حيث تسبيبها للشدة والمعاناة. أما في المدن ، فان مختلف الدراسات تبين بان المرض هو اكثر انتشاراً في المدن الكبيرة منها في المدن الصغيرة ، وبأن نسبة انتشاره تزداد كلما اتجه الفرد في سكناه من اطراف المدينة نحو وسطها خاصة اذا كان الوسط مزدحماً ، وفي ظروف سكنية غير ملائمة .

المستوى الاجتماعي والاقتصادي :

ان الانطباع المستخلص من مختلف الدراسات ، هو ان مرض الشيزوفرينيا اكثر وقوعا بين افراد الطبقات المنخفضة اجتماعيا واقتصاديا وثقافيا . فقد افادت احدى الدراسات الواسعة في امريكا بأن نسبة وقوع المرض الشيزوفريني في الطبقة الخامسة : (الأخيرة) من السلم الاجتماعي والاقتصادي ، هي اكثر بثلاثة اضعاف نسبة وقوعها في الطبقة الرابعة من هذا السلم ، وحوالي ثمانية اضعاف النسبة الموجودة في الطبقتين الاولى والثانية معاً ، وهما اعلى طبقتين في السلم الاجتماعي . وفي دراسة اخرى من مدينة شيكاغو ، بينت الدراسة زيادة كبيرة في وقوع المرض بين السكان السود والاقليات وبين الفئات الاقل حظاً ، في واقعها الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي والمهني .

الثقافة والمهنة :

هنالك من يحمل الرأي بأن الجهل يحفظ الفرد من الاصابة بالمرض العقلي بصورة عامة والمرض

الشيزوفريني بصورة خاصة ، ومما يشجع ويسند مثل هذا الرأى الخاطىء ما يبدو من قلة المراجعين من المرضى بالشيزوفرينيا من الطبقات غير المتعلمة او غير المثقفة ، وما يلاحظ من كثرة وقوع المرض في المراحل التعليمية العليا من الدراسة الثانوية او الجامعية . ومع ان من المتعذر فصل عامل الثقافة عن فعل عوامل اخرى متصلة من محيطية وحضارية وسكنية واقتصادية واجتماعية ، الا ان بالامكان تفسير الملاحظات السابقة عن الجهل والتعليم بأن ما يبدو من قلة وقوع المرض في المستويات الأدنى من التعليم قد يرد الى حد كبير الى تقبل المجتمع الجاهل لواقع المريض، وعدم معالجته او الابطاء في معالجته، مما يعطي الانطباع بالتعارض بين الجهل والمرض . اما فيما يتعلق بمستوى التعليم ، فأن ما يلاحظ من زيادة نسبة المرض بين المتعلمين في المراحل الثانوية والجامعية ، فمرد ذلك ان نسبة كبيرة من الشباب في المجتمعات المعاصرة اخذوا يصلون الى هذه المراحل الدراسية، اضافة الى ان ثقافتهم وثقافة وسطهم الاجتماعي اصبحت تمكنهم من الاقبال على الاستشارات الطبية في معظم الحالات المرضية او جميعها عاجلاً او آجلا . وهكذا فان ما نراه من ارتباط بين مستوى التعليم والمرض ما هو الا تعبير عن توفير الامكانية لتشخيص المرض في ادواره الاولى . غير ان هنالك ما يؤيد الاعتقاد بأن المرض الشيزوفريني يزداد الى حد ما في مراحل دراسية معينة ، وخاصة اذا توفر الاستعداد لذلك مع توفر عامل الضغط والارهاق الاجتماعي والدراسي والاقتصادي والعاطفي في حياة الطالب، وهي العوامل التي يتزايد وضوحها في حياة الجيل الناشىء بالقياس مع الأجيال السابقة . وعلى نقيض الملاحظات التي تربط بين المستوى الثقافي الاعلى والمرض ، فان الكثيرمن الدراسات تبين زيادة نسبية في وقوع المرض في المجتمعات الأقل توفراً على التعلم ، وقد لا يكون ذلك في حد ذاته سبباً فعالاً بقدر ما للعوامل المترابطة الأخرى من التأثير، مثل المستوى الاجتماعي والاقتصادي والسكني .

العمل والمرض :

يستنتج من الدراسات والاحصائيات ان المرض اكثر ما يكون وقوعاً في الافراد الذين يعملون في مهن صناعية اوغيرزراعية ، وخاصة المهن اليدوية غير الماهرة ، وتقل نسبة المرض صعوداً من هذا المستوى المهنى لتصل اقلها في الافراد ذوى المهارات العالية والفائقة . وعامل المهنة ، كعامل مستوى الثقافة ، يرتبط الواحد منهما بالآخر . ويرتبط الاثنان معاً مع مجموعة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والاقتصادية والمحيطية التي سبق ذكرها . ومما تقتضي الاشارة اليه هو ارتفاع نسبة وقوع المرض في بعض الاتجاهات الحياتية التي يتخذها الفرد، فقد لوحظ على سبيل المثال كثرة وقوع المرض بين سلك الرهبان البوذيين في جنوبي شرقي أسيا، ويفسر ذلك على اساسين ، اولهما، ان العزلة تساعد على ترسيب المرض ، وثانيها ان اولئك الذين يتخذون هذا المنحى الحياتي من الاعتزال هم عادة من الانطوائيين الذين يصدفون عن الحياة بسبب سماتهم الشخصية الأساسية ، وهي السمات التي قد تكون خلفية صالحة لنشوء المرض وتطوره .

الهجرة :

تفيد معظم الدراسات بأن مرض الشيزوفرينيا على العموم هو اكثر وقوعاً بين افراد الطبقة المهاجرة منه في افراد الطبقة المستقرة ، غير ان الهجرة في حد ذاتها ما هي الا جزء من عملية التأثير الكلي للانتقال من مكان الى اخر ، فسبب الهجرة ، وطبيعة المكان الذى هاجر منه الفرد ، والمكان الذي يهاجر اليه ،

وظروف الحياة الجديدة ، ومدى انفصال الفرد عن بيئته السابقة من حيث الاقرباء والمعارف وطريقة الحياة والاتصال الاجتماعي ، كل هذه العوامل ترتبط بموضوع الهجرة وفعلها على الفرد أو العائلة المهاجرة . واذا اخذنا هذا الواقع بعين الاعتبار ، فان نتائج بعض الدراسات الاحصائية تصبح اكثر دلالة . ومن الدراسات في هذا الموضوع دراسة على مجتمع من المهاجرين النرويجيين ممن هاجروا الى امريكا ومقارنتهم مع مجتمع نرويجي استقر في وطنه ، وقد تبين من هذه الدراسة بأن هنالك ارتفاعاً واضحاً ، في نسبة وقوع المرض بين المهاجرين بالمقارنة مع عينات مماثلة ممن لم يهاجروا ، وهنالك دراسات اخرى كثيرة تفيد بنفس النتائج . وقد تبين من دراسات اخرى ان نسبة المرض تزداد اذا هاجر الفرد الى مناطق معزولة وكانت هجرته وحده ، او الى مكان يقل فيه من هم من نفس اصوله ، او انه لم يحظ في مكان هجرته بأي تحسن في واقعه الاقتصادي والحياتي بشكل عام ، او انه فشل في تحقيق أي من طموحاته التي حدت به الى الهجرة . وقد لوحظ ايضاً بأن الهجرة لاسباب سياسية ادت الى وقوع نسبة أعلى من المرضى بالمقارنة مع المهاجرين لاسباب اخرى ، ويفسر ذلك على ان الهجرة السياسية قد تكون صادمة لصاحبها والذي هاجر مضطراً لا طوعاً ، كما يفسر ذلك على أن المهاجر سياسياً يعاني بالأصل من حالة من عدم التوافق والتوازن مع بيئته الأصلية ، وان هذه المعاناة في الكثير من الأحيان قد تنبع من اضطراب نفسي اصيل مما له أن يوجه صاحبه نحو الهجرة والاغتراب مع امكانية الوقوع بالمرض .

التغرب

وعامل التغرب قد لا يختلف في جوهره عن عامل الهجرة، وان كان التغرب على العموم محدود الزمن، كما يحدث ذلك في تغرب الطلبة للدراسة في بلدان غربية، وتغرب العاملين والموظفين عن بلدهم . هذا وقد يكون التغرب في نفس البلد من منطقة الى أخرى او حتى من حي الى اخر ومن بيت الى اخر ، فقد عرفت حالات كثيرة ترسب فيها المرض الشيزوفريني على اثر تغرب الفرد حتى في وطنه وبلده وبانتقاله من بيت الى اخر طوعاً او اضطرارا . واذا كان هنالك من قاعدة عن مدى تأثير الهجرة والتغرب في نسبة وقوع المرض الشيزوفريني ، فيمكن اعتماد القاعدة التي تفيد بانه كلما كان التغرب والهجرة اكثر ابعاداً للفرد عن نمط حياته الاعتيادية وطبيعة صلاته الانسانية والعاطفية المألوفة ، كلما كان ذلك سبباً مساعداً على زيادة نسبة الوقوع في المرض لمن توفر لديه الاستعداد لذلك .

الجنس :

تفيد معظم الاحصائيات بان المرض يقع في الاناث اكثر منه في الذكور ، ويفسر ذلك على أن الانثى هي اكثر اضطرارا للكبت من الرجل ،ويفسر ذلك احياناً على أن الانثى هي اكثر تعرضاً للارهاق والشدة في مراحل معينة من الحياة كالحيض والحمل والولادة والرضاعة وسن اليأس . ولكننا في مجتمعنا نشاهد نسبة اقل من المرض في الاناث ، ولعلنا نجد التفسير لذلك بانه ناجم بعض الشيء عن الأهمال التقليدي لمعاناة الانثى ، وعن الرغبة في التستر على مرض الانثى العقلي . وهذان الاتجاهان سائران الى الزوال بسبب ما اخذت تحظى به الانثى من العناية والمساواة مع الرجل . وتفيد بعض الدراسات بأن أعلى نسبة للوقوع في المرض عند الذكور هي فترة العمر التي تقع بين سن ١٥ و ٢٤ سنة، بينما أعلى نسبة عند

الاناث تقع بين سن ٢٥ وحتى ٣٢ سنة . ويفسر هذا التفاوت على أن الذكور يبدأون مرضهم في سن أصغر، أو أن المرض في الأناث لا يلاحظ بسرعة أو انه يهمل اعتباره لسبب أو آخر .

العائلة والمرض :

المرض الشيزوفريني هو اكثر وقوعاً في العائلات الكبيرة منه في العائلات الصغيرة ، وهو امر يتضح من البينات الأحصائية ، كما ان المرض هو اكثر وقوعاً في العائلات التي تكثر من التزاوج بينها ، خاصة اذا توفرت بعض الحالات المرضية فيها . ومن البينات الأحصائية لبعض الدراسات يتضح ان الطفل الاول هو اكثر تعرضا للمرض من الطفل الأخير في العائلات الصغيرة، على عكس ما هو عليه الحال في العائلات الكبيرة ، والتي يصاب بها الطفل الأصغر بالمرض بنسبة اكبر من بقية اخوته واخواته . وتفسير ذلك في الحالة الاولى هو ان الطفل الاول في العائلة الصغيرة هو محط آمال العائلة ، وهو لذلك يعاني من مشكلة توقعات عائلته منه ، وما يفرضه ذلك عليه من تحدٍّ وارهاق واخفاق تدفعه إلى الأنهيار التدريجي او السريع نحو المرض ، اما في الحالة الثانية فقد يكون السبب في تزايد نسبة المرض في الطفل الأصغر للعائلة الكبيرة هو كثرة مشاغل العائلة وتزاحم اهتماماتها مع ما يمكن أن يؤدي اليه ذلك من اهمال للطفل والتقليل من الاتصال العاطفي والانساني معه ، وهو الامر الذي يمكن ان يعقد من حياته النفسية ويساعد على ترسيب المرض اذا توفر لديه الاستعداد لذلك .

الحالة الزوجية وانتشار المرض: نسبة وقوع المرض في الذكور المتزوجين اقل من نسبة وقوعه في النساء المتزوجات ، ذلك ان المرض يقلل من اتجاه الذكر المهيأ للمرض او المريض لتقبل فكرة الزواج ، على عكس ما هو ملاحظ من اقبال الانثى على الزواج بالرغم من تهيؤها للأصابة بالمرض . ويلاحظ ايضا كثرة حالات التفريق عند الأنثى بسبب المرض .

موسم الولادة والمرض :

فكرة الربط بين المرض ونظام الكون فكرة قديمة ، فقد عزي الوقوع بالمرض الى فعل قوى طبيعية أو تاثير كواكب سماوية ، وما زال الكثيرون من الناس في عصرنا الحاضر يؤمنون بمثل هذه الرابطة، ويفسرون حظوظهم وصحتهم وامراضهم على اساس ذلك . وفيما يتعلق الأمر بالأمراض العقلية فان الرابطة تبدو اكثر وضوحاً من أن المصطلح (القمرية = لونسي Lunacy)، يفيد بان الجنون يتأتى عن تاثير القمر على عقل الانسان . وبالرغم من التقدم الهائل في معرفة الانسان بما يجب ان يكون كافياً لانهاء مثل هذا التأويل ، الا ان الأنسان الحديث ما زال يداعب فكرة العلاقة بين الزمن والكون وبين المرض ، ويتضح ذلك من الابحاث التي قام بها بعض الباحثين في انجلترا ونيوزيلندة لتقرير العلاقة بين وقوع المرض وانتشاره وبين موسم الولادة للفرد . وقد وجد من الدراسة الانجليزية على عشرات الالاف من المرضى بالشيزوفرينيا بان نسبة وقوع المرض كانت اكبر في اولئك الذين ولدوا في اشهر الشتاء ، وقدمت عدة نظريات لتفسير ذلك من غذائية ومحيطية وحسية والتهابية ونفسية وغيرها مما يؤثر في الطفل اذا ما كانت ولادته في هذا الفصل من فصول السنة ، وقد يكون لذلك تفسيرات اخرى ولكنها ما زالت غامضة حتى الآن .

الزيادة في وقوع المرض وانتشاره

هنالك من يرى بأن المرض الشيزوفريني مرض يولد ويتكاثر مع التطور والمدنية والتقدم ، ولهذا فانهم يردون تزايد ظهور المرض إلى تعقيد الحياة وهمومها في المجتمعات المتطورة المعاصرة ، كما يجدون في ظهور المرض في المجتمعات البدائية بأنه الدليل على بدء تأثر هذه المجتمعات بالعوامل المسببة لظهور المرض وتزايده في المجتمعات المتقدمة . وهنالك غيرهم من الباحثين ممن يعارضون هذا التفسير لتزايد وقوع المرض وانتشاره ، فهم يعللون هذه الزيادة بأنها زيادة ظاهرية فقط ، وبأنها ناجمة عن تزايد الوعي بوجود المرض وامكانية تشخيصه والسعي لعلاجه ،وهي الأمور التي لم تكن متوفرة في الماضي ، مما يعطي الانطباع بأن المرض لم يكن متوفرا في الماضي ، وبأنه اما ظهر في عصرنا الحاضر ، أو أنه تزايد إلى حد كبير في هذا العصر . ومن الواضح أن اثبات وجهة نظر أو أخرى بشأن موضوع الزيادة أو عدمها هو أمر متعذر بالنظر لتعذر متابعة التاريخ المرضي من جيل الى جيل ، اضافة إلى عدة عوامل أخرى تغير في امكانية التوصل إلى النسبة الحقيقية لوقوع المرض وانتشاره في أي مجتمع بما في ذلك المجتمعات المتطورة .

إن بعض الدراسات الأحصائية في امريكا قد أفادت بأن نسبة وقوع المرض في أمريكا لم تتغير عما كانت عليه منذ مئة عام وحتى الآن ، وذلك بالرغم من التغيرات الحضارية والاقتصادية والاجتماعية الهائلة في تلك البلاد . وهذه الدراسات تناقض ما هو واضح من الزيادة الظاهرة في نسبة الحالات المرضية التي تعالج حالياً ، أو تدخل المستشفيات لأوّل مرة كل عام . غير أن هذا التناقض كما أوضحنا آنفا يمكن تعليله على أساس توفر الوعي الصحي العام وتزايد الأمكانيات التشخيصية والعلاجية . أما في بلادنا فانه لا تتوفر أية دراسات احصائية عن النسبة الحقيقية لوقوع المرض في المجتمع بصورة عامة ، كما لا تتوفر أي احصائيات مقارنة عن عدد الحالات المرضية من جيل إلى آخر . وبالنظر للازدياد الواضح في عدد الحالات المرضية التي يشاهدها الأطباء في المستشفيات أو العيادات الخارجية أو العيادات الاختصاصية الخاصة ، فإن هنالك انطباعاً بأن المرض آخذ بالتزايد النسبي عما كان عليه في الماضي ، غير أن من الجلي أن بعض هذه الزيادة ظاهرية لا فعلية ، وبأنها تعود إلى توفر الوسائل التشخيصية والعلاجية والأقبال عليها . ولكننا حتى لو أخذنا هذا الواقع بعين الأعتبار ، الا أننا نشعر بوجود زيادة فعلية في نسبة وقوع المرض ، وهي الزيادة التي يمكن تفسيرها بأنها نتيجة عوامل عدَّة ، أهمها العوامل المحيطية من اقتصادية واجتماعية ودراسية وهجرة وتغرب اضافة إلى طبيعة العمل ، وهذه كلها ، وإن كانت لا تستطيع ترسيب المرض في أي فرد لا يتوفر لديه الاستعداد للمرض ، الا أنها مع ذلك تكون عوامل ضغط وارهاق على الأفراد الذين يملكون الاستعداد للمرض مما قد يكون كافياً لترسيب المرض فيهم ، وبدون توفر هذه العوامل فانهم قد يظلون في حالة سابقة للمرض ، اما بصورة كامنة أو حدودية . وهنالك عامل آخر يفسر الزيادة الفعلية للمرض ، وهو النقص في نسبة وفيات الأطفال والأحداث ، وهذا الواقع يسمح بوصول معظم الأطفال الى سن المراهقة والشباب ، مما يمكن من زيادة نسبة المرض في هذه المراحل من العمر بالمقارنة مع ما كانت عليه في الماضي .

هنالك من يفسر التفاوت بين نسبة وقوع المرض الشيزوفريني بين الماضي والحاضر بأنه ناجم عن فعل عاملين آخرين وهما أن المريض الشيزوفريني في الماضي لم يكن يعمر طويلاً كما أن المريض بهذا المرض

لم يكن يتزوج في الكثير من الحالات ، أو ان زواجه اما لم يعمر طويلا أو أنه لم ينجب المعدل المعتاد من الأولاد ، وهذه الحالات كلها لا بدَّ أنها قللت من عدد الحالات المرضية بسبب تقليلها من امكانية انتقال وراثة المرض من المريض إلى الجيل القادم . إن هذا التفسير له ، إن صح ، أن يعطينا التوقع بازدياد وقوع المرض في الحاضر والمستقبل ، ذلك أن زيادة متوسط عمر الفرد بصورة عامة ، وما يلاحظ من تزايد نسبة المرضى المتزوجين والزيادة في الأنجاب ، فإنها كلها تعطي امكانية أعظم بإصابة اعداد أكبر من أطفال المصابين بالمرض .

قد يتوصل الباحثون في النهاية إلى أن مرض الشيزوفرينيا لم يزدد وقوعاً من حيث الاستعداد للاصابة بالمرض بين الماضي والحاضر ، أو بين الحاضر والمستقبل . وإذا ما تأكد ذلك ، فإن له أن يبرهن على أن المرض الشيزوفريني هو حصيلة مقررات ثابتة ، وبأن هذه المقررات تؤدي إلى وقوع المرض بنسبة تكاد تكون ثابتة ، كما هو الحال في امراض أخرى لها نسبة ثابتة ومتساوية تقريباً في شتى المجتمعات العالمية ، ومن هذه الأمراض مرض الصرع والتخلف العقلي بدرجاته المختلفة . وقد تكون هذه المقررات متشابهة في كل من هذه الأمراض والمرض الشيزوفريني ، وإذا صح هذا الافتراض لتفسير هذه الظاهرة ، فقد يكون في ذلك برهانا على وجود اتجاهات وراثية انسانية عامة وأساسية ، وبأن اصول هذه الاتجاهات قد وجدت في الانسان منذ القدم ، وبأنها كانت ، ولعلها ما زالت ، ضرورية في حياة الانسان ، وبأنها تخدم حاجة البقاء بقدر أو آخر وبصورة أو أخرى . أما ما يلاحظ أحيانا من زيادة أو نقصان في نسبة وقوع هذه الامراض في مجتمع ما أو ظرف ما ، فإن ذلك لا يغير من جوهر الظاهرة الشيزوفرينية وغيرها من الظواهر المماثلة ، وكل ما في الأمر هو ان الاستعداد للمرض ظاهرة انسانية عامة وأصيلة ، وان الاستعداد للمرض يعطي حدودا معينة لامكانية الوقوع بالمرض الفعلي ، ويترك أمر تحقيق هذه الامكانية بحديها الأدنى والأعلى ، الى نتيجة التفاعل بين ظروف الحياة وتجاربها في حياة الفرد وبين هذه الامكانية التي تقررها الوراثة .

الخلاصة ان مرض الشيزوفرينيا مهما كان الاختلاف في وجهات النظر حول وقوعه وانتشاره عبر عصور التاريخ ، الا انه في هذا العصر هو اكثر الامراض العقلية وقوعاً في معظم المجتمعات . ومع كثرة الدراسات حول وقوعه وانتشاره ، الا ان الحجم الحقيقي لهذا المرض ومدى انتشاره ما زالا غير واضحين ، كما انه يوجد الكثير من التفاوت في نتائج البحوث الاحصائية ولأسباب مختلفة . وعلى العموم ، يقدر انتشار المرض بحوالي ٣ اعشار الواحد بالمئة الى واحد في المئة من المجتمع كله ، وهنالك تقديرات اخرى تفوق ذلك بكثير ، ومنها ما يستند الى الواقع بأن كل مريض يعالج من المرض يقابله ثلاثة في المجتمع ممن لا يتعالجون ابداً . وبهذا ترتفع نسبة المرض الفعلية الى ثلاثة اضعاف هذا العدد ، كما ان هنالك ممن يحسب انتشار المرض على اساس امكانية الأصابة به في فترة او فترات اخرى من فترات الحياة (ما بين ١٥ ـ حتى نهاية العمر) وبتطبيق هذه القاعدة فان نسبة وقوع المرض بين الناس ترتفع لتصبح ٩ في المئة وهي نسبة مرتفعة جداً في رأي بعض الباحثين .

ان المرض الشيزوفريني واسع الانتشار . وهنالك اعتقاد بانه يتوفر في كل بيئة جغرافية واجتماعية . ويعارض هذا الرأي آخرون ممن يعتقدون بان المرض ينتشر فقط في المجتمعات الغربية والصناعية وان لا وجود له في المجتمعات البدائية وغيرها من المجتمعات ، وهذا رأي له ما يدحضه من نتائج الدراسات

المقارنة بين حضارات ومجتمعات متقدمة واخذة في الانطلاق وبدائية متخلفة وهذه في معظمها تبين بأن المرض الشيزوفريني يظهر في هذه المجتمعات كلها مع توفر الأعراض الأساسية للمرض ، وان كان هنالك بعض التفاوت في نسبة وقوع المرض بين مجتمع واخر .

ان من اهم الامور التي عني بها الباحثون في هذا المرض هي البحث عن العوامل التي تساعد على انتشار المرض ووفرته في افراد ومجتمعات دون اخرى . وقد درس الباحثون فعل عوامل مختلفة افترض انها ترتبط بهذا الانتشار مثل البيئة الجغرافية والمناخية والظروف المحيطية من عائلية واجتماعية وحضارية وثقافية واقتصادية وطبيعة الحياة والعمل والظروف الخاصة بالفرد والهجرة والتغرب والزواج وموسم الولادة الى غير ذلك مما لا حد له من العوامل . وخلاصة هذه الدراسات تؤيد الاعتقاد بأن انتشار المرض يتقرر كنتيجة تفاعلية متواصلة من الاستعداد الوراثي للفرد وعوامل البيئة التي يتعرض لها ، وبان هذه العمليات هي عمليات معقدة ومن الصعب تقرير بدايتها في أي فرد ما ، كما ان من الصعب حصر العوامل المؤثرة فيها وتعيين دور كل عامل منها في ارساء معالم المرض وتطوره . واخيراً ، فان ما يعيق التوصل الى تقرير الحجم الفعلي للمرض في اي مجتمع كان ، هو صعوبة التوصل الى قواعد تشخيصية ثابتة ومتفق عليها ، اضافة الى أن الجزء الأكبر من هذه الحالات المرضية يظل بدون علاج ، او يظل خافياً عن ملاحظة الناس لوجوده ، والى أن يتم التغلب على هذه الصعوبات ، فسيظل الحجم الحقيقي للمرض وانتشاره غامضاً وغير دقيق .

٣ ـ المؤشرات المنذرة بالمرض

لعل من أهم المسائل المتعلقة بمرض الشيزوفرينيا هي مسألة التعرف على الأفراد الذين سيقعون بالمرض الشيزوفريني وذلك قبل وقوع المرض الفعلي فيهم. والأهمية الرئيسية لهذا الموضوع هي في أن التعرف المبكّر على بوادر المرض قد يساعد على اتخاذ الاجراءات الممكنة التي قد تحول دون قيام المرض أو أن تؤجل في قيامه، او أن تقلل من أعراضه إلى حد كبير. وقد تجمعت للباحثين في هذا الموضوع الكثير من البينات والمعلومات عن السمات والخصائص التي يتصف بها مريض الشيزوفرينيا قبل الوقوع بمرضه بزمن قصير أو طويل، وتنحصر مصادر هذه البينات في مصدرين، أولهما مصدر رجوعي وهو ما تفيد به عائلة المريض أو المريض نفسه أو من له معرفة بالمريض، عن حالة وشخصية ونمو وتجارب المريض في الزمن السابق للمرض. وهذا المصدر على أهميته، مصدر قابل للخطأ، فهو يأتي بعد قيام الحالة المرضية، أي بعد فوات الأحداث الفعلية، كما أنه يتلون طبقا للحالة النفسية لعائلة المريض ولردود فعلهم بنتيجة نمو المريض بينهم ووقوعه بالمرض. كما أنه يتقرر إلى حد كبير على مقدرة العائلة على النظرة الموضوعية للأشياء واستخلاص النتائج الأساسية منها. أما المصدر الثاني الذي يستمد منه الباحثون بيناتهم عن التاريخ السابق للمريض، فهو مصدر الملاحظة والمتابعة منذ بداية وجود الفرد وحتى وقوعه بالمرض. وقد توفرت للباحثين امكانية هذه المتابعة عن طريق الرصد المتواصل لعدد كبير من الأطفال الذين أصيب أحد والديهم أو كلاهما بالمرض، سواء نشأوا في حضانة والديهم أو بحضانة التبني. ومثل ذلك أيضا من متابعة التوائم المتماثلة، ومن متابعة الأطفال الذين يعانون من مشاكل سلوكية والتي تعتبر مهيئة نحو الأصابة بالمرض. ومع أفضلية المصدر الأخير، وهو مصدر الرصد والمتابعة، على المصدر الأول، وذلك بسبب موضوعيته

ودقته، الا أنه يعاني أيضا من بعض نواحي القصور العلمي، ذلك أن ملاحظة الطفل ومحيطه لها أن تتأثر بتوقعات الملاحظ لها. والذي له أن يفسر الظواهر على غير ما هي عليه إذا كان الطفل له وراثة شيزوفرينية، أو بدت عليه بعض أعراض الانحراف بسبب أو آخر. ومع هذا القصور من المصدرين، الا أن ما يفيدان به من معلومات، يكوّن أفضل دلالة ممكنة في الوقت الحاضر عن الأشخاص الاكثر احتمالا للإصابة بمرض الشيزوفرينيا. ومع أهمية هذه الدلالة فليس هناك من أحد يستطيع الجزم وبصورة قاطعة بأن توفرها في الشخص، ومنذ أي سن مبكر، أو لأي فترة زمنية سيؤدي حتما الى وقوع المرض الشيزوفريني، وكل ما يمكن قوله هو أن وجود هذه الدلالة في أي فرد له أن يكون مؤشرا اكبر واحتمالا أعظم لاصابته بالمرض بالمقارنة مع فرد لا توجد فيه هذه الدلالة، غير أن توفر هذه الدلالة في حد ذاتها لا ينتهي بالمرض الفعلي إلا بنسبة قليلة جدا في اولئك الدين تظهر فيهم، ثم اننا بالرغم من ذلك ما زلنا

عاجزين من التعرف على الأفراد من بين اولئك الذين تظهر فيهم الدلالة والذين سيداهمهم المرض دون غيرهم .

المؤشرات المنذرة بالمرض الشيزوفريني .

لقد تجمع لدى الباحثين العديد من العلامات والمظاهر التي تتوفر في الأفراد قبل اصابتهم بالمرض العقلي . وقد اعتبرت بذلك منذرة باحتمال وقوع المرض في الفرد الذي يظهرها أو تتوفر فيه . ومع أن هذه العلامات والمظاهر تتوفر أو تبرز في الفرد المهيأ للاصابة بالمرض اكثر مما تظهر في الفرد الذي يتجه اتجاها طبيعيا في النمو ، أو يتجه نحو حالة مرضية أخرى ، الا أنه لا يمكن الجزم بأن توفر هذه العلامات في فرد ما لا بد أن يؤدي به الى المرض الشيزوفريني ، أو أن غيابها يحميه من امكانية الوقوع بالمرض . وكل ما تعنيه هو أنها تعطى توقعا أعظم لاحتمال الاصابة بالمرض قياساً إلى ما هو متوقع في المجتمع بصورة عامة . ومع الأفراد الذين لا تظهر فيهم هذه العلامات.وبالنظر لعدم توفر الاحصائيات اللازمة عن نسبة وقوع هذه العلامات بين الناس ، فإن من المتعذر حتى الآن على أي باحث ان يقرر نسبة احتمال وقوع المرض في الفرد الذي تظهر فيه هذه العلامات ، ويزيد من هذه الصعوبةأن هذه العلامات لا توجدكلها أو أنها لا تتوافر في زمن واحد وتظهر في سن واحدة عند جميع من تظهر فيهم اضافة الى التفاوت في شدة العلامة الواحدة بين فرد وآخر ، غير أن بالامكان القول بأنه كلما زاد عدد العلامات ، كلما تزايدت امكانية وقوع صاحبها بالمرض ، وبأنه كلما أبكر ظهور هذه العلامات وكلما تواصل وجودها ، كلما تزايدت هذه الامكانية أيضا . . وفيما يلي أهم هذه المؤشرات ، والتي نجملها في النواحي التالية وهي :

١) الوراثة العائلية . ٢) العلامات الجسمية والعصبية في الطفل الوليد٣) المحيط العائلي . ٤) السمات السلوكية للطفل ٥) الاستجابات الفيزيولوجية والنفسية ٦) نمط الشخصية الانطوائية والشيزية (الفصيمية) . ٧) التجارب الحياتية .

الوراثة العائلية

إن أهم المؤشرات التي تنذر بالمرض وبقدر يزيد عما هو مألوف أن يولد الطفل في عائلة شيزوفرينية سواء كان ذلك في ماضيها أو حاضرها . ويزيد حجم هذا الانذار كلما كانت الوراثة اكثر قرابة وأدنى زمنا . كأن يكون القريب أمًّا مريضة أو أبا ، ويزداد المؤشر قوة اذا ما كان الأبوان مريضين بالشيزوفرينيا أو أن أحدهما مريض والآخر مصاب باضطراب عقلي أو نفسي . وترتفع درجة احتمال الاصابة ، اذا ما كان الفرد شقيقا لتوأم مماثل له اتضحت اصابته بالمرض . إذ يبلغ معدل الاحتمال ٦٠ في المئة من التوافق بين اصابة الشقيقين وقد يزيد على ذلك في بعض الحالات .

العلامات الجسمية والعصبية في الطفل الوليد

لاحظ الباحثون عددا من الأعراض في الأطفال الذين اصيبوا فيما بعد بالمرض الشيزوفريني ، أو في الأطفال الذين ولدوا لآباء أو امهات مصابين بالشيزوفرينيا ، أو كانوا أشقاء لتوائم متماثلة اصيب أحدهما بالمرض الشيزوفريني . ولا يمكن التأكيد حتى الآن فيما اذا كانت هذه الأعراض ، والتي يبدأ ظهورها بعد الولادة أو في الرضاعة ، مسببة عن عوامل وراثية أو أنها نتيجة عوامل محيطية أثناء الحمل أو الولادة ، أو في

الفترة القصيرة التالية لها، أو انها مسببة عن تفاعل هذه العوامل كلها، الوراثية منها او المحيطيه . واهم الأعراض التي سجلها الباحثون هي :

١ ـ ولادة طفل أكثر صعوبة من ولادة اخوته أو اقرانه.

٢ ـ أقل وزنا مما هو متوقع.

٣ ـ ظهور علامات عصبية تشير إلى حدوث تغيير مادي في الدماغ وما قد ينجم عن ذلك من عطل في عمليات النمو العصبي والنفسي ، ومن هذه العلامات :

- عدم استقرار الجهاز العصبي العاطفي الذي ينظم وظائف الأحشاء.
- ضعف في المقدرة على السيطرة على حرارة الجسم . ويظهر ذلك على صورة تقلبات سريعة وغير مفسرة لحرارة الجسم .
- اضطراب في نمط النوم الطبيعي.
- اضطراب في حالة العضل التوترية «مقويات العضل».
- نمط غير منتظم لعملية النمو .
- تأخر او اسراع سابق لأوانه في تكوين بعض المهارات كالكلام والادراك والحركة والاتصال الاجتماعي .

٤ ـ ظهور بعض أعراض الانحراف في مشية الطفل ، كما تنقصه اللياقة أو البراعة في الحركة أو الوقوف او الجلوس مع ظهور حركات مفاجئة لا داعي لها ولا يمكن تفسيرها ظاهريا.

٥ ـ استجابات الطفل تدلل على تفضيله للاثارات الحسية القريبة اكثر منها للاثارات الحسية البعيدة .

٦ ـ النقص في المقدرة على الدمج بين ما يعرض له من احساسات بصرية وسمعية.

٧ ـ نقص مبكر (منذ الشهر ٤ ـ ٩) في المقدرة على تنسيق الحركة بين كلتا اليدين .

٨ ـ النقص في الدمج بين الأحاسيس البصرية وبين الأحاسيس الواردة من عضلات الجسم .

المحيط العائلي

هنالك الكثير من البينات التي تدلل على أن عائلة الطفل الذي يتجه نحو المرض الشيزو فريني هي عائلة مضطربة في بعض خصائصها . وهذا يظهر عادة في شخصية وسلوك بعض افراد العائلة وبمواقف افراد العائلة بعضهم من بعض وخاصة الوالدين ، وطبيعة الاتصال والتفاعل بينهم ، وخاصة بين الوالدين ، والأم بشكل خاص ، والطفل المهيأ للمرض . ومن اكثر البينات ظهورا في المحيط العائلي هي :

ام عدوانية ، مستبدة ، رافضة ، قلقة وغير مطمئنة ، وأنانية .

أب هزيل الشخصية ، غير فعال ، سلبي وغير مبال . وقد يكون متهورا ، مهددا ، متعديا وفاسقا على الطفل

ملاحظة الطفل بأن والديه يتحكمان في حياته.

الوالدين وخاصة الأم، يهملان الاهتمام بحاجات الطفل الاساسية او الالتفات الى مشاعره العاطفية ، هذا في الوقت الذي تظهر فيه الأم بوجه خاص حالة من التشبث بالسيطرة والتملك للطفل وابقائه متواكلا عليها .

حرمان الطفل من الحنان والرعاية ، خاصة من جانب الأم ، ولأي سبب كان.

عدم وضوح الأدوار التي يلعبها كل فرد من أفراد العائلة ، مع توفر مظاهر تشير الى أن تجارب الأفراد مجزأة ، وهويتهم غير مكتملة ، وادراكهم للحوادث يشوبه الاضطراب . كما أن طرقهم في الاتصال التخاطبي وغير التخاطبي يبدو خارجا بعض الشيء عما هو طبيعي بين الناس

بروز ظاهرة «الربط الثنائي» في التعامل بين الوالدين أو احدهما وبين الطفل ، فالطفل مثلا يعطي الاشارة الكلامية التي تدلل على الرضا من تصرفه ، بينما طريقة المعاملة تفيد العكس تماما . وهو الأمر الذي يترك الطفل في حيرة من أمر نوايا أمه أو أبيه ومن مشاعرهما الحقيقية

اضطراب المحيط العائلي في المجالات الثقافية والاقتصادية والاجتماعية ، وهو الاضطراب الذي يحول بين الطفل وبين تكوين هوية ذاتية متكاملة ، او الشعور بالانتماء الى عائلة ذات كيان ثابت ومستقر ومتكامل .

ان هذه المظاهر في المحيط العائلي قد تشير الى وجود اضطراب جذري في شخصية أو تفكير بعض افراد العائلة ، وقد يكون هذا الاضطراب ناجماً عن فعل وراثي ، وقد يكـون الاضطراب نـاجما عن التجارب الحياتية التي تعرضت لها العائلة فعلا أثناء نموها وتكوينها ، وقد يكون في بعضه على الأقل نتيجة لردود فعل العائلة لوجود طفل غير سوي بينها . وجميع هذه المظاهر مهما كانت أسبابها يمكن ان تساعد على اظهار الاستعداد الكامن للمرض في الطفل او الحدث ، غير انه يشك في أن المحيط العائلي مهما كان ، يمكن ان يخلق وحده الاستعداد للاصابة بالمرض الشيزوفـريني لمن لا يملك هذا الاستعـداد اصلا من حصيلته الوراثية . وهذا يتضـح من ان نسبة قليلة من الأطفـال الذين يعيشـون هذا المحيط العـائلي المضطرب يصابون بمرض الشيزوفرينيا كما يتضح ايضا من أن نمو الطفل سليم الوراثة في محيط عائلة متبنّية له ومريضة في آن واحد ، لا يصاب بالشيزوفرينيا نتيجة تعرضه للمحيط العائلي المضطرب .

السمات السلوكية للطفل :

السمات السلوكية في الأطفال المعرضين للأصابة بالشيزوفرينيا كثيرة . وهي لا تتوفر كلها بالضرورة في أي طفل أو حدث أو مراهق، كما أن بعض هذه السمات قد تكون متعارضة بين فرد وآخر . ويلاحظ.

أن هذه السمات تميل الى التجمع في مجموعات متميزة ، ومن اكثر هذه المجموعات السلوكية ظهـورا ووضوحا هي :

١ ـ تعلق الطفل بأمه إلى درجة فائقة وفي سن يفترض فيه أن يخفف من هذا التعلق أو يتجاوزه ، ومشاطرة الأم غرفتها او حتى سرير نومها حتى سن المراهقة ، وعادة التبول الليلي ، ومعاناة الكوابيس الليلية ، وشعور الخوف والفزع عند الابتعاد عن البيت ، أو عند الافتراق عن والديه ، أو عند الذهاب للمدرسة .

٢ ـ الميـل للعزلـة ، والولـع بالقـراءة ، والانصراف الى الـذات ، والخمـول والخجـل ، وقلة الاهتمام بما يجري حوله ، والتستّر والكتمان ، والتوتر وعدم الاستقرار ، وسورات الغضب ، ومداعبة احلام اليقظة .

٣ ـ قلة الاختلاط ، والمواقف اللااجتماعية ، والسلوك الوقح والمنافي للأدب والاحتشام واللياقة .

٤ ـ المطاوعة والانصياع لرغبات الغير خاصة والديه واخوته ، والكبار من عائلته ، والتوافق مع مواقفهم ، والاهتمام بآرائهم مع الخوف والوجل من التعبير عن أنفسهم.يتصفـون بالحشمـة والسعي لارضاء الغير ، مسالمون ، وذوو شخصية مغمورة سواء في العائلة او في المجتمع .

٥ ـ الميل إلى الهروب والتشرد والنزوع الى المخاصمة والمعـاركة ، الاتجـاه نحو ايـذاء الغير أو الأشياء ، الانفعالية الشديدة ، العناد والتصلب والخروج عن الطاعة .

٦ ـ خصائص سلوكية أخرى ، وأهمها :

النقص في الانتباه والتركيز والعجز في تقدير عناصر المواقف التي يتعرض لها .

الاهتمام بإثارات جانبية وغير ذات علاقة .

شرود الذهن وتشعبه .

نقص في عملية التهيؤ والاستعداد لمواجهة إثارات محتملة .

عجز في المقدرة على استيعاب وتمثل الاثارات التي يتعرض لها ، ويستجيب لذلك عادة بحالة من القلق والتي يحاول التخلص منها باللجوء إلى حالة من الخمود والانسحاب .

- يظهر في البداية وكأنه يستجيب لكل شاردة وواردة من الاثارات . غير أنه يميل تدريجيا إلى اغلاق نفسه عن التعرض لهذه الاثارات وإن كان يبقى على الاستجابة لما يهدده من هذه الاثارات بالخطر .

الاستجابات الفيزيولوجية والنفسية

هنالك الكثير من البينات التي تفيد بأن الاستجابات الفيزيولوجية والنفسية في الطفـل **المعرّض للاصابة بالمرض** ، هي استجابات غير طبيعية ، وبذلك يمكن ان تكون مؤشرا ومنذرا **باحتمال الاصابة بالمرض** فى الفرد الذي تظهر فيه . ومن اهم الأخطاء الملاحظة في هذه الاستجابات هي :

١ ـ الحساسية المفرطة للمعلومات الواردة من المحيط الخارجي .

٢ ـ الاستجابة المفرطة لاثارات مختارة دون غيرها .

٣ ـ البطء في حركات المتابعة للعينين .

٤ ـ درجة تحمل أدنى للارهاق أو الجهد الذي يتعرض له .

٥ ـ انخفاض مستوى مونامين اوكسديز (ب) في اللوائح الدموية .

٦ ـ نقص في المقدرة على تناول المسائل الشخصية وعلى مجابهة متطلبات المحيط .

٧ ـ ارتفاع في مستويات المواد الكاتي كولامينية ومشتقاتها الاستقلابية وخاصة «نورادرنلين ، وأدرنلين ، ونورميت اتفرين ، وميت اتفرين .

وينظر إلى جميع هذه العلامات إن وجدت بأنها مسببة عن الفعل الوراثي ، غير أنها قد تكون مسببة عن ضرر في مادة الدماغ يحدث لأسباب أخرى غير وراثية أثناء الحمل أو الولادة أو في الطفولة الصغيرة . غير أن ظهور هذه العلامات لا يؤدي الى الاصابة بالمرض الشيزوفريني في معظم الحالات ، مما يمكن أن يبين بأن عناصر اخرى من الاستعداد للمرض يجب ان تكون متوفرة أيضا لكي يحدث المرض فعلا . ويمكن لهذه العناصر أن تكون كافية لاحداث المرض حتى بدون ظهور هذه العلامات الفيزيولوجية والنفسية .

انماط الشخصية

ترتبط بعض انماط الشخصية بمرض الشيزوفرينيا بصورة اكثر وضوحا من ارتباط انماط أخرى من الشخصية بهذا المرض ، واكثر هذه الأنماط ارتباطا بالمرض هما الشخصية الانطوائية ، والشخصية الشيزية (الشيزوفرينية المصغرة أو الفصيمية) . ومع أن تقصي واقع المريض الشيزوفريني قبل وقوعه بالمرض يبين في معظم الحالات الشيزوفرينية بأن شخصيته السابقة على المدى الطويل هي شخصية انطوائية شديدة أو شخصية شيزية ، الا أن هذا لا يعني أن كل من يحمل سمات هاتين الشخصيتين سينتهي أمره بالوقوع بالمرض ، والواقع أن نسبة قليلة جدا من هؤلاء يقعون بالمرض كما يستدل على ذلك من متابعة الأطفال والأحداث الذين شخصوا في صغرهم بأنهم يحملون سمات واحدة من هاتين الشخصيتين المذكورتين . ومع أنه لا يعرف على وجه الدقة نسبة انتشار أي من الشخصيتين في المجتمع ، الا أن هذه النسبة تزيد كثيرا على نسبة وقوع المرض الشيزوفريني في المجتمع . وأكثر سمات الشخصية دلالة على امكانية الوقوع بالمرض الشيزوفريني هي السمات التالية :

- العزلة عن الاتصال بالناس في المجتمع وحتى ضمن مجال العائلة .
- انعدام أو قلة الحس بمشاعر الغير .
- البرودة والترفع وعدم التجاوب أو التعاطف مع الغير وانعدام الاهتمام بمعاناتهم ومشاكلهم .

● الانغماس في الذات ، ومداعبة أحلام اليقظة ، وملاحقة أهداف خيالية .

(اقرأ الفصل الخاص بالشخصية الشيزية) .

التجارب الحياتية

يؤكد الباحثون على أهمية التجارب الحياتية في تأكيد الاستعداد نحو الاصابة بالمرض الشيزوفريني . وان كان هنالك قلة من الباحثين ممن يرى بأن هذه التجارب في حد ذاتها تكفي لكي تدفع بالفرد للاصابة بالمرض . والرأي الغالب هو ان هنالك تضافرا بين فعل الاستعداد الوراثي من ناحية والتجارب الحياتية من ناحية اخرى في تكوين الاستعداد للمرض والدفع بصاحبه نحو الحالة المرضية ، وفعل التجارب الحياتية هو انها قد تكون كافية لإظهار الاستعداد الوراثي الكامن للاصابة بالمرض غير ان هذه التجارب قد تكون ذات طبيعة من شأنها ان تؤخر أو أن تحول دون وقوع المرض الفعلي .

إن التجارب الحياتية التي يمكن ان تساعد على كشف الاستعداد للمرض عديدة وتشمل :

١ - الحوادث التي يمكن ان تؤثر على الجنين أثناء الحمل ، أو اثناء الولادة وما بعد الولادة . والتي ينجم عنها عادة ضرر مادي في الدماغ وما يمكن ان يؤدي اليه ذلك من خلل وظيفي في العمليات العصبية والتي يمكن ان تؤدي بدورها إلى نقص في النمو والنضج الطبيعي للتكوين العصبي والنفسي .

٢ - الجو العائلي وأهم ما فيه العلاقات التي تربط الوالدين وخاصة الأم بالطفل .

٣ - عمليات التعليم في البيت وفي المدرسة والمجتمع .

٤ - التجارب الحياتية الأخرى الخاصة ، وخاصة تلك التي تكون ضغطا واجهادا على الفرد والى الحد الذي لا يستطيع فيه أن يتعايش أو أن يتكيف معها .

إن هذه التجارب الحياتية المختلفة يمكن ان تتفاعل مع اي استعداد وراثي وان تساعد على الكشف عنه ، وللعاملين معا ، الوراثة أو التجارب ، أن يتعاونا على تكوين شخصية شيزية النوع . غير أننا قبل الحكم على مدى مساهمة أي من العاملين في هذا التكوين ، فانه يقتضي لنا أن نحدد مدى الفعل الفردي لكل منهما ، وهو أمر يبدو متعذرا في كثير من الحالات التي يصعب فيها تقرير ما هو وراثي وما هو حياتي ، اضافة الى أن الكثير من تجاربنا الحياتية انما هي من فعل اتجاهاتنا الوراثية ومجرد تعبير عن هذه الاتجاهات عندما نواجه مواقف معينة في واقع الحياة . وينبغي الاشارة أيضا إلى أن التجارب الحياتية في حد ذاتها ، وفي أي زمن وقعت ، قبل الولادة وبعدها أن تؤثر في وظائف الدماغ ، وأن هذا الاضطراب إذا ما حدث أن يؤدي بدوره إلى اضطراب نفسي .

القسم الرابع

اسباب الشيزوفرينيا

١ ـ الوراثة والمرض

بينات من الشجرة العائلية
البينات من التوائم
البينات من التبني
طريقة الوراثة
(نظرية الجين الواحدة، نظرية الجيز الثنائية، نظرية الجينات المتعددة).

ما هو الشيء الذي يورث

٢ ـ الاسباب المحيطية

العلاقات والتعامل العائلي
العلائق الاجتماعية
التربية
علاقة الام بالطفل
الخطأ في الاتصال
نظريات (سلفان، باتيسون، فروم، برجمان، اسكلونا)
تجارب الحياة
العوامل الاجتماعية والحضارية.

٣ ـ الاسباب المادية

الاساس العضوي
(التغيير النسيجي، النظرية الكيمياوية: المهلوسات، نفايا استقلاب المواد العص المرسلات العصبية، نظرية التغذيـ الهرمونات، نظرية الاصابة بالفايروس، ا في جهاز الانتباه، الاخلاط والعصا الجسمية، البنية والمرض، المناعة والمر عامل الحمل والولادة، العوامل الفيزيولو المرضية).

٤ ـ الاسباب النفسية

النظريات النفسية:

(يونغ، سترانسكي، بلولر، فرويد، ابراه توسك، فيربيرن، هارتمان، ارلو وبرو فيدرن)، النظريات التحليلية غير الفرويد (روزنفيلد، هارتمان، سلفان، آريتي، يونغ

النظرية النفسية الجسمية
النظرية الاجتماعية النفسية الجسمية
النظرية العصبية النفسية (باڤلوف)
النظرية الوجودية
نظرية الشدة والارهاق
نظرية الحساسية المفرطة
الخلاصة.

٥ ـ العوامل المرسبة للمرض

اسباب الشيزوفرينيا

ليس هنالك من مرض في المجالات الجسمية او النفسية او العقلية مما تعددت فيه النظريات السببية، واحتدم الجدل بين اصحاب هذه النظريات بمثل ما هو الحال في امر مرض الشيزوفرينيا، وقد يبدو غريبا ان يكون هذا هو الواقع في مرض يعتبر من اقدم العلل التي اصابت الانسان واثارت انتباهه واهتمامه. ولعل من الممكن تبرير هذا الواقع بان طبيعة هذا المرض هي اكثر تعقيدا وصعوبة على الفهم من غيره من الامراض، وهي الصعوبة التي رافقت المرض منذ تعرض الانسان القديم له وحتى الآن. ان الانسان القديم نظر الى هذا المرض وما شابهه من العلل العقلية، بان السبب فيها يعود الى فعل قوى خارقة للطبيعة والتي لها المقدرة على زرع او تسليط قوة او روح من ارواح الشر في جسم المريض، وبذلك تحرمه من حرية التصرف بروحه او عقله او ارادته. ومثل هذا المعتقد البدائي القديم مازال باقيا حتى الان في معتقدات الأقوام البدائية المعاصرة وفي بعض المجتمعات المتخلفة حضاريا وفكريا وحتى في بعض المجتمعات التي اصابت حظا واسعا من العلم والمعرفة. ولعل ابقراط في الحضارة اليونانية القديمة كان اول من خرج على هذه المعتقدات الروحانية ودعا الى اعتبار مثل هذه الامراض أنها تعبير عن اصابة الدماغ بآفة او علة عضوية، وافترض لهذا المرض بالذات او ما يماثله بانه ناجم عن وفرة بعض العصارات الجسمية وتأثير هذه الوفرة على مادة الدماغ وبالتالي على وظيفته. وقد كانت بداية خروج ابقراط على روحانية المرض بداية للتوجه العلمي نحو هذا المرض وغيره من الامراض، وهو التوجه الذي استمر عبر فترات عديدة من الوضوح او الافول خلال العصور التالية لعصر ابقراط وحتى العصور الحالية.

ان الانسان في العصر الحالي، وفي معظم الحضارات لم يعد يؤمن بفعل القوى الخارقة والارواح الشريرة في تسبيب هذا المرض، وهو الامر الذي فتح باب البحث عن اسباب غير روحانية وغير خارقة لهذا المرض. وقد كان من نتيجة ذلك ان تعددت اساليب البحث والاجتهاد عن اسباب هذا المرض بالذات والامراض العقلية الاخرى بشكل عام، وقد ظهرت عبر القرنين الاخيرين وخاصة القرن الاخير الكثير من النظريات عن اسباب المرض، وجاء الكثير من هذه النظريات يناهض بعضها بعضا، وتكونت بذلك محاور سببية استقطبت فيها نظريات متعارضة واحتدم الجدل بين اصحابها واستعملت في ادوات الجدل بلاغة المنطق أحياناً، وبينات البحث والاختبار أحياناً أخرى. والمتتبع للجدليات المختلفة حول هذا الموضوع يجد لأول وهلة بعض ما يقنعه بصحتها، وهو يجد ذلك في الجدلية وما يعارضها في آن واحد. وهنالك بعض البينات التي يتوارد ذكرها في الابحاث والمراجع وهي توحي للقارىء وكان العلم قد توصل

او اصبح على وشك التوصل الى أسباب هذا المرض، غير ان متابعة الاطلاع على كل ما ظهر من بينات حتى الان يشير الى اننا ما زلنا بعيدين عن الوصول الى اسباب هذا المرض.

لعل من اهم الصعوبات التي تعترض امكانية الوصول الى تحديد اسباب هذا المرض، هي ان حالات المرض متنوعة من حيث اعراضها ومن حيث مسيرتها، كما انه يتعذر على الباحث تعيين نقطة الابتداء في المرض عبر التاريخ الطويل للمريض والذي يبدأ من اصول وراثته وحتى وضوح المرض فيه. وللباحث في هذا الموضوع ان يتوقع الصعوبة التي تواجهه في تعيين اسباب هذا المرض، وهي الصعوبة التي تشوفها العالم الدكتور مودزلي في مطلع هذا القرن في قوله: «ان. . الانسان بكليته هو شيء اعظم من ان تستطيع بيان حقيقته طريقة واحدة من البحث الدقيق سواء كانت هذه الطريقة كيمياوية او فيزيائية او باثولوجية او مايكرسكوبية او نفسية جسمية». واذا كان مثل هذا الفهم للانسان في حالته الطبيعية هو امر يكاد يكون متعذرا فان امكانية هذا الفهم وهو في حالة مرضية معقدة هي من الأمور التي قد يستحيل الوصول اليها.

ليس هنالك من حد لا للنظريات الواردة في موضوع اسباب المرض الشيزوفريني ولا في الابحاث الجارية والمتجددة لاثبات هذه النظريات او التي تخلق هذه النظريات، ومتابعة كل ما ادرك في هذا الموضوع يكاد يكون امرا متعذرا غير ان من المفيد ان نستعرض مع القارىء بعض النظريات الهامة الواردة في الموضوع مع بيان اهم البينات التي تسندها، وسنركز معظم الاهتمام على النظريات السببية المتركزة على (الوراثة او المحيط) وعلى الاسباب العضوية (المادية) او النفسية، وهي اهم محاور الجدل في اسباب هذا المرض. ونحن في عرضنا لهذه النظريات المتضاربة والبينات التي تستند عليها فانا لا نحاول الانحياز او التحمس الى جانب او آخر منها، لا لأن ذلك هو امر يحتمه العرض الموضوعي لهذه النظريات فقط، وانما لاننا نعتقد بان الحقيقة السببية لا يمكن ان تكتشف نتيجة لعمليات الاستقطاب وانما في عمليات الالتقاء بين جميع الحقائق والنظريات الواردة،ذلك ان لا حدود فاصلة تماما بين الوراثة والمحيط كما ان لا حدود فاصلة هناك بين المادي والنفسي في التجربة الانسانية. ولهذا فان هنالك املا اعظم في التوصل الى اسباب المرض في وحدة الجمع بين الاسباب اكثر من الامل بالتوصل الى هذه الاسباب عن طريق الامعان في ثنائية من الاستقطاب بما فيه من تباعد واختلاف.

قد يكون من الصعب التوصل الى نتيجة معينة بعد الاطلاع على النظريات والبينات المختلفة الواردة في اسباب المرض الشيزوفريني لا بسبب تعددها فقط، او سبب استقطابها في وجهات نظر متعارضة، وانما ايضا بسبب تعدد وجهات النظر في كل قطب سببي. ولعل القارى يجد نفسه وكأنه في متاهة سببية يصعب عليه الخروج منها، وقد يسهل الامر الى حد ما باعطاء خلاصة قصيرة عن النظريات السببية السائدة في الوقت الحاضر وهي كما يلي:

١ ـ ان مرض الشيزوفرينيا مرض معقد ومتعدد الأنواع ومن غير المحتمل ان يكون هنالك سبب واحد يكمن وراء جميع هذه الأنواع.
٢ ـ ان البينات المتوفرة حتى الان تشير الى ان الوراثة تلعب دورا هاما في تكوين الاستعداد للاصابة بالمرض، وان من المشكوك فيه ان تكون هناك اي تجربة حياتية كافية لتكوين المرض في فرد لا يحمل

هذا الاستعداد الوراثي ، هذا ولا يعرف حتى الان على وجه التحديد لا طبيعة العامل الوراثي او كيفية انتقاله او الطريقة التي يظهر عليها في الفرد المستلم له .

٣ ـ ينظر الى المحيط كعامل هام يساعد على اظهار الاستعداد الوراثي للمرض غير انه لا يكفي وحده لتكوين المرض بدون الاستعداد الوراثي ، كما انه لا توجد حتى الان أية عوامل محيطية معينة مخصصة الفعل في ترسيب المرض الشيزوفريني ، ويبدو ان لكل مريض تجربته المحيطية الخاصة به والتي يتفاعل بها بطريقته الخاصة مع الاستعداد الوراثي الذي يكمن فيه للاصابة بالمرض ، وهكذا فلا بد من النظر الى مرض الشيزوفرينيا على انه حصيلة تفاعل بين الامكانيات الوراثية التي آلت الى الفرد وبين الظروف المحيطية من نوع او آخر والتي تعرض لها في حياته . واذا كان معظم الباحثين ينفون ان يكون فعل المحيط مهما كانت قوته كافيا لاحداث المرض الشيزوفريني في من لا وراثة عنده ، فان السؤال مازال قائما فيما اذا كانت الوراثة مهما كانت قوتها كافية في حد ذاتها لتكوين المرض الشيزوفريني بدون مساعدة عامل محيطي ما . والاجابة عن هذا السؤال ستظل مستعصية الى ان تتم معرفة العامل الوراثي بدقة وتحديد ، ومتابعته عبر المسيرة الحياتية للفرد مع رصد جميع العوامل المحيطية التي يتعرض لها ، وهذه كلها مهام قد لا يستطيع الانسان التوصل اليها في المدى القريب على الاقل .

ان هنالك من يحاول ان يربط سببيا بين تجارب معينة وبين قيام المرض الشيزوفريني ، وفي تأمل صحة ذلك نتبين حقائق معينة وهي أنه يمكن للمرض ان يبدأ ويظهر بدون ورود اي حدث او تجربة معينة في حياة الفرد ، كما يمكن للمرض في البعض ان يبدأ ويظهر على أثر حدث او تجربة تختلف في مريض واحد عنه في مريض آخر . ومع ان هذه الحقائق لا تنفي فعل تجارب معينة في المساعدة على بدء او ظهور الحالة المرضية ، الا انها تفيد بأن الحدث او التجربة في حد ذاتها ليست بالعامل المقرر انما وقعها بالنسبة للمريض الذي تحدث له هو العامل الاهم في هذا التقرير ، وهكذا فإن اي عامل يمكن له ان يكتسب هذه الصفة فيما لو جاء في الوقت المناسب وكان له الوقع المناسب في حياة الفرد ، غير ان هذا لا ينفي ان تكون هنالك عوامل معينة في الأحداث والتجارب لها من التأثير والوقع في حياة البعض اكثر مما لغيرها ، وعلى العموم فإن الذي يلاحظ هو أن الحوادث والتجارب التي تنقل للفرد الشعور بالفشل والاخفاق وخاصة التفشيل والرفض ، فإن لها من الوقع في حياة الفرد المهيأ للمرض اكثر مما لغيرها من التجارب . ولعل السبب في ذلك يعود الى ان الفرد المهيأ للمرض له من درجة التحمل لوطأة الفشل والرفض والخسارة اقل بكثير مما يتوفر للفرد الطبيعي ، وان تجاوز حدوده الضيقة في التحمل لا بد ان يحمله على الانطواء واغلاق باب الصلة مع الواقع وكأنه بذلك يحاول تجنب المزيد مما لا مقدرة على احتماله .

١ ـ الوراثة ومرض الشيزوفرينيا

موضوع الوراثة وعلاقتها بمرض الشيزوفرينيا هو من أهم المواضيع التي تستحوذ على اهتمامات الباحثين، وتستأثر باهتمام عامة الناس ممن توجد حالة مرضية شيزوفرينية في عائلتهم من قريب او بعيد. وتأمل عامل الوراثة في هذا المرض او ما يماثله من الأمراض ليس بالامر الجديد، فقد لاحظ الناس عبر العصور القديمة بان هنالك عملية من التوارث لمثل هذه الامراض، وان لم يكن بامكانهم تحديد ماهية هذه العملية وكيفية انتقالها. وفي العصر الحديث نشط الاهتمام والبحث نحو فهم القضايا الوراثية للامراض والعوامل المقررة لها وطبيعتها وكيفية انتقالها وطرق تحقيقها، وقد توصل العلماء الى الكثير من الحقائق الثابته في هذا الموضوع، وقد توفرت درجة مماثلة وربما اعظم من الاهتمام والبحث في موضـوع وراثة المرض الشيزوفريني، ومع انه قد تم الوصول الى بعض الملاحظات والاستنتاجات الهامة في هذا الموضوع الا ان العلم لم يتوصل بعد الى ادراك الحقائق الاساسية لفعل الوراثة في هذا المرض ذلك اننا ما زلنا لا نعلم بالتحديد نوعية وعدد العناصر الوراثية المقررة للمرض ولا نعلم باليقين الكيفية التي تنتقل فيهـا المقررات الوراثية من جيل الى جيل ولا الكيفية التي تحقق فيها هذه المقررات تأثيرها المرضي، ولا العوامل الاخرى التي يمكن لها ان تتفاعل مع هذه المقررات لتزيد او تقلل من فعلها الوراثي.

ان الاهمية التي تعلق على الفهم الصحيح والكامل لمحل الوراثة في تكوين المرض الشيزوفريني هي اهمية عظيمة وبعيدة المدى، ذلك ان مرض الشيزوفرينيا هو اكثر الامراض العقلية وقوعا وأوسعها انتشارا في العالم اجمع، كما أنه أكثر الامراض العقلية تسببيا للمعاناة الانسانية والاجتماعية، ومن شأن ادراك الحقائق النهائية لفعل الوراثة في تكوينه التمكن من اتقاء انتقاله الوراثي او ايقاف تحقيق هذا الانتقال في دور ما من ادواره، وهنالك على ما يبدو عقبات كثيرة تعترض الوصول الى مثل هذا الفهم. ولعل الحقيقة الوحيدة المتفق عليها بين جميع الباحثين هي ان الشيزوفرينيا كحالة مرضية، هو مرض اكثر وقوعا في عائلات معينة منه في عائلات اخرى، ويقصد بالعائلة هنا افراد القرابة الدموية لاكثر من جيل واحد. غير ان الباحثين مع اتفاقهم على هذه الحقيقة يختلفون فيما بينهم، بين من يرد ذلك الى فعل الوراثة وبين من يرده الى فعل المحيط وبين الذين يردونه الى فعل الاثنين معا وبدرجات متفاوته من المشاركة. ولكي يكون بالامكان اعطاء صورة افضل عن هذا الموضوع، فان من الضروري اعطاء خلاصة عن البينات التي استطاع الباحثون التوصل اليها حتى الان وهي بينات لها ان تكون كافية للاقتناع بمكانة الوراثة في تكوين المرض، غير ان هذه البينات ما زالت غير كافية ان لم تكن بعد بعيدة عن ادراك الحقائق العلمية حول هذا

الموضوع، وهنالك اليوم من يعتقد بان العلم قد اوشك على الاقتراب من هذا الادراك لهذه الحقائق، غير ان آخرين يرون باننا ما زلنا في بداية الطريق، بينما نجد البعض ممن يؤكدون بانه سيكون من المتعذر التوصل الى فهم كامل لفعل الوراثة في مرض بالغ التعقيد كمرض الشيزوفرينيا، ذلك لان مقررات المرض في اعتقادهم هي من التعدد والتعقيد عددا وتفاعلا مما لا يسمح بحصرها، وحتى لو امكن ذلك فان العدد الهائل للمتغيرات التي تساهم في العملية الوراثية سيجعل من المتعذر التوصل الى معادلات حسابية عن العملية الوراثية تتنبأ بنتائجها بصورة دقيقة واكيدة في كل حالة.

البينات عن الوراثة :

ان البينات الاولية عن فعل الوراثة في مرض الشيزوفرينيا قد اعتمدت الملاحظات بان نسبة اكبر من المرضى تتوفر بين افراد عائلة المريض بالشيزوفرينيا بالمقارنة مع توفر ذلك في المجتمع بصورة عامة او في عائلة اي فرد آخر طبيعي. ولم يكن هناك بد من محاولة التأكد من صحة هذه الملاحظات وتقدير حجمها بوسائل دراسية احصائية، وقد اجريت بالفعل الكثير من هذه الدراسات خلال الخمسين سنة الاخيرة، وما زالت هذه الدراسات تتوالى كما انها اخذت تتسم بدقة اعظم في جمع المعلومات وفي تشخيص الحالات المرضية وفي متابعة الملاحظة وفي الاساليب الاحصائية المتبعة. واتجهت مجالات البحث الوراثي الى عدة نواحٍ وهي :

اولا: وقوع المرض في الشجرة العائلية.

ثانيا: وقوع المرض في التوائم المتماثلة وفي التوائم غير المتماثلة.

ثالثاً: وقوع المرض في حالات تبني الأطفال من والد او ام مصاب أحدهما او كلاهما بالمرض مقارنة مع مدى وقوعه في حالات التبني لاطفال من والدين اصحاء. وجميع البينات التي تمخضت عن مثل هذه الدراسات قد افادت بما يكفي للاقتناع بان الوراثة، وبصورة ما، هي عامل هام في تكوين المرض الشيزوفريني. غير انه تقتضي الاشارة الى أن نتائج هذه الدراسات متفاوته بين باحث وآخر، ثم ان البينات المتوفرة لا تؤكد بصورة قاطعة بان العامل الوراثي هو العامل الأوحد في احداث المرض، مما يوحي بان هنالك عوامل اخرى فعالة وغير مفهومة فهما كافيا حتى الان، وبان هذه العوامل تتفاعل بصور شتى مع الامكانيات الوراثية بدرجاتها المختلفة وفيما يلي مختصر لأهم البينات المستخلصة من مجالات الابحاث الثلاثة التي اشرنا اليها.

اولا : بينات من مجال الشجرة العائلية :

تتوفر عدة دراسات احصائية عن مدى وقوع المرض الشيزوفريني في الافراد الذين ينتمون الى عائلة يتوفر فيها مريض بالشيزوفرينيا، ومن هذه الدراسات ما يتحدد بالعائلة النووية، ومنها ما يتسع ليشمل العائلة الممتدة، ومن الواضح بأن هذه الدراسات لا يمكن الاعتماد عليها بدقة ذلك أن هنالك امكانية الخطأ في تشخيص الحالة المرضية بانها شيزوفرينية، اضافة الى صعوبة التحقق من قيام الحالة المرضية في الآباء والاجداد والاسلاف والى ضرورة الانتظار لمدة طويلة قد تتجاوز الجيل الواحد للتحقق من امكانية حدوث المرض في الاخلاف في المستقبل. ومع الاخذ بهذه الاحترازات فان الدراسات التالية تبين بوضوح

بان المرض الشيزوفريني وغيره من الامراض او الاضطرابات العقلية والنفسية واضطرابات الشخصية هي اكثر توفرا في قرابة المصابين بمرض الشيزوفرينيا وبانها اكثر وقوعا كلما كانت درجة القرابة الدموية اكثر قربا من المريض. وفيما يلي خلاصة لبعض هذه الدراسات حسب تسلسلها الزمني :

(١) في دراسة لرودان وجماعته، في الثلاثينات من هذا القرن ظهرت النتائج التالية :

عندما يكون احد الوالدين مصابا بالشيزوفرينيا فإن :

٩,١ في المئة من الاولاد يصابون بالشيزوفرينيا.
١٧,٦ في المئة من الاولاد ينتظر اصابتهم بالشخصية الشيزية.
٢٢,٦ في المئة من الاولاد ينتظر ان يكونوا غير طبيعيين بشكل او آخر.

٤٩,٣ في المئة من المجموع غير طبيعيين.

عندما يكون كلا الوالدين شيزوفرينيين :

٥٣ في المئة من الاولاد ينتظرون اصابتهم بالشيزوفرينيا.
٢٩ في المئة من الاولاد ينتظر ان يكونوا شيزيين.

٨٢ في المئة من الاولاد غير طبيعيين.

من اخوان او اخوات المصابين بالشيزوفرينيا :

٧,٥ في المئة ينتظر ان يكونوا شيزوفرينيين.
٩,٦ في المئة ينتظر ان يكونوا ذوي اضطرابات شيزي في الشخصية.
١٦,٣ في المئة ينتظر ان يكونوا غير طبيعيين بشكل او آخر.

٣٣,٤ في المئة من المجموع غير طبيعيين.

من احفاد او حفيدات المصاب بالشيزوفرينيا :

٢,٤ في المئة ينتظر ان يكونوا شيزوفرينيين.
٤,٦ في المئة ينتظر ان يكونوا ذوي شخصية شيزية.
٢٧ في المئة ينتظر ان يكونوا غير طبيعيين بشكل او آخر.

٣٤,١٠ في المئة من المجموع غير طبيعيين.

وقد دعا رودان الى مقارنة هذه النسب العالية بنسبة وقوع المرض في المجتمع بصورة عامة وهي تقع في حدود ٠,٨٥ في المئة من السكان.

(٢) افادت دراسة كالمان ١٩٥٣ بالبينات التالية:

عندما يكون احد الافراد مصابا بالشيزوفرينيا فان احتمال وقوع المرض في اقاربه هو كما يلي:

١٦.٤ في المئة من الاولاد يصابون بالمرض.
١١.٥ في المئة من الاخوة والاخوات يصابون بالمرض.
٧.٦ في المئة من انصاف الاخوة والاخوات يصابون بالمرض.
٣.٩ في المئة من الاحفاد يصابون بالمرض.

وقد استنتج كالمان من هذه الدراسة بان امكانية اصابة الفرد بمرض الشيزوفرينيا تزداد بنسبة طردية مع الزيادة في القرابة الدموية للمريض. ومن ملاحظات كالمان الاحصائية ان ٥ في المئة من جميع المصابين بالشيزوفرينيا هم حصيلة التزاوج بين قرابات الدم.

(٣) في دراسة لروزنثال - ١٩٧١ افاد الباحث بالنتائج الاحصائية التالية عن وقوع المرض في اقارب المريض بالشيزوفرينيا بالمقارنة مع نسبة وقوع المرض في المجتمع بصورة عامة، وهي نسبة تتراوح كما حددها الباحث بين ٣,٠ و ٢,٨ في المئة.

٢ الى ١٢٪ في والدي المصاب بالشيزوفرينيا.
٣ الى ١٤٪ من بين الاخوة والاخوات الكاملين للمريض.
٨ الى ١٨٪ من بين الاولاد او بنات والد أو أم المصاب بالشيزوفرينيا.
١٥ الى ٥٥٪ من بين اولاد او بنات والدين كلاهما مصاب بالمرض.
٢,٥ في المئة من بين الدرجة الثانية من قرابة الدم.

(٤) وقد اعطت معظم الدراسات المعاصرة والحديثة امكانية وقوع المرض الشيزوفريني في نطاق العائلة بالاحتمالات التالية: (سنايدر - ١٩٨٠)، قياسا مع نسبة الوقوع في المجتمع عامة:

- احتمال وقوع المرض في المجتمع بشكل عام ١ في المئة
- احتمال وقوع المرض في والدي المريض ٥ في المئة
- احتمال وقوع المرض في اخوة المريض ١٠ في المئة
- احتمال وقوع المرض في اولاد المريض ١٤ في المئة
- احتمال وقوع المرض في اقارب المريض من الدرجة الثانية (انصاف الاشقاء) الاعمام والاخوال من الجنسين وابناء وبنات العم والاحفاد (وهم يشاركون في ربع الجينات فقط)، فان معدل احتمال الاصابة يزيد عما هو محتمل في المجتمع ويقل عن معدل احتمال اصابة اقارب المريض من الدرجة الأولى والذين يشاطرون مع المريض ٥٠ في المئة من الجينات.
- احتمال وقوع المرض عندما يكون والدا المريض مصابين بالمرض يقع في حدود ٥٠ في المئة.

والملاحظ في جميع هذه الدراسات لوقوع المرض في الشجرة العائلية للمريض، هو ان احتمال وقوع المرض في قرابة الدم من الدرجة الاولى يتفاوت بين كل من الاباء والاخوان والابناء مع ان الجميع

يتشاطرون ٥٠ في المئة من الجينات، فالاحتمال في اولاد المريض هو ١٤ في المئة وبين اخوة المريض ١٠ في المئة، وفي احد والدي المريض هو ٥ في المئة وهذه ملاحظة جديرة بالاهتمام ولعلها تفيد بوجود اثر محيطي في تكوين المرض يقع من الاباء على الابناء ومن الاخوة بعضهم على بعض وهو اثر لا يحدث ما يماثله من المريض على والديه.

البينات الوراثية في التوائم

المجال الثاني والهام ولعله الأهم دلالة على اثر الوراثة في تكوين المرض الشيزوفريني هو مقارنة نسبة وقوع المرض في التوأم الآخر في كل من التوائم المتماثلة التي اصيب فيها احدهما بالمرض. (والتوائم المتماثلة هي التي يتكون كل واحد منها من انقسام بويضة واحدة وبذلك تكون الامكانية الوراثية في كل منهما متماثلة تماما)، مع نسبة وقوع المرض في التوائم غير المتماثلة، (وهي التي تتكون من تلقيح بويضتين منفصلتين، وبذلك تكون الامكانية الوراثية في كل من الشقيقين متشابهة في حدود خمسين في المئة). وقد افادت الدراسات المختلفة بنتائج متباينة حول نسبة التوافق بين التوائم المتماثلة وغير المتماثلة عندما يكون احد التوأمين مصابا بالمرض. هذا وجميع الدراسات في هذا المجال تبين بان نسبة التوافق في التوائم المتماثلة هي اعلى بكثير (في حدود ٥٠ في المئة) منها في التوائم غير المتماثلة (في حدود ١٠ في المئة). وهي في هذه الحالات الاخيرة لا تختلف عن نسبة احتمال وقوع المرض في الاخوة للمريض من غير التوائم. وفيما يلي خلاصة لبعض الدراسات التي اجريت حول هذا الموضوع.

● في ١١ دراسة احصائية متفرقة لباحثين مختلفين عن نسبة التوافق في التوائم المتماثلة تراوحت نسبة اصابة التوائم بمثل مرض اخيه (بالشيزوفرينيا) ما بين صفر في احدى الدراسات الى ٨٦ في المئة في دراسة اخرى، وما بين ٢ و ١٧ في المئة لنسبة التوافق في التوائم غير المتماثلة.

● وقد افادت دراسة حديثة في معهد الامراض النفسية في لندن (١٩٨٣) بان نسبة التوافق في التوائم المتماثلة هي ٥٨ في المئة وفي التوائم غير المتماثلة ١٢ في المئة.

● في دراسة لكالمان (١٩٥٠) افاد الباحث بان نسبة التوافق في التوائم المتماثلة اذا لم تكن تعيش في محيط واحد كانت في حدود ٧٧,١ في المئة، اما في الحالات التي يعيش فيها التوأمان المتماثلان في ظروف حياتية واحدة وبدون تفريق بينهما، فان نسبة التوافق ارتفعت فبلغت ٩١,٥ في المئة. كما انه وجد بان نسبة التوافق كانت اكبر اذا كان التوائم من الاناث بصرف النظر عما اذا كانوا متماثلين او غير متماثلين.

ان هذه البينات الاحصائية عن نسبة التوافق بين التوائم في المرض الشيزوفريني، والفرق في هذه النسبة بين التوائم المتماثلة وبين التوائم غير المتماثلة، لا بد لها ان تعطي درجة كبيرة من القناعة بوجود العامل الوراثي وفعله في تكوين المرض الشيزوفريني، غير ان عدم تحقيق التوافق بالقدر الذي يتناسب مع مشاطرة التوائم لجيناتهم الوراثية (٥٨ في المئة بدل ١٠٠ في المئة في التوائم المتماثلة، او ١٢ في المئة بدلا من ٥٠ في المئة في التوائم غير المتماثلة)، يمكن لذلك ان يبين بان الوراثة وحدها لا تقرر قيام الحالة المرضية وبان لعامل المحيط فعله المؤثر في تكوين المرض. وهنالك بعض التحفظات على نتائج الدراسات على التوائم منها، ان التوأم المصاب بالمرض من التوأمين المتماثلين هو اقل وزنا عند الولادة من شقيقه

الطبيعي ، كما انه يعاني من صعوبات في التنفس ، وهي الملاحظات التي قد تشير الى احتمال اصابة التوأم بحادث او ضرر عضوي اثناء الحمل ، وقد يستنتج من ذلك بان الاصابة بالمرض الشيزوفريني ناجمة عن ضرر اثناء الحمل وليس بسبب الوراثة . وهنالك ايضا التفسير لارتفاع نسبة التوافق في المرض عند التوائم المتماثلة بالمقارنة مع التوائم غير المتماثلة ، وهو ان التوائم المتماثلة تتشاطر الى حد اعظم المحيط النفسي بالقياس مع هذه المشاطرة في التوائم غير المتماثلة وبان هذه المشاطرة لا الوراثة هي التي تسبب ارتفاع التوافق بينهما ، ويرد على هذه الانتقاد بان تفريق التوائم المتماثلة منذ سن مبكرة وتربيتهما في محيطين مختلفين لا يقلل كثيرا من نسبة التوافق في حدوث المرض .

ومن الملاحظات الجديرة بالاهتمام في دراسة التوافق في المرض بين التوائم انه في حالة وجود المرض في شقيق واحد من التوأمين وعدم وجوده في شقيقه الاخر فان البحث لا يظهر وجود حالة مرضية شيزوفرينية في اقارب التوأمين ، اما اذا كان التوأمان كلاهما مصابين بالمرض فان المرض يقع بنسبة ٦٠ في المئة من الحالات في الاقارب التوأمين . وهذه الملاحظة يمكن ان تفسر على وجهين اولهما التفسير الأول يسند قيام المرض بدون سبب وراثي ، والتفسير الآخر يسند قيام المرض بمقررات وراثية . ومن الملاحظات الأخرى الهامة في هذا الموضوع ، هو انه كلما كان المرض في احد التوأمين شديدا كلما كان الاحتمال اعظم بأن يصاب التوأم الآخر بالمرض الشيزوفريني .

ان التوافق بين التوائم قد لا يظهر على صورة المرض الشيزوفريني فقط ، فقد يكون احد التوأمين مصابا بالمرض والآخر مصابا بالمرض او بحالة مرضية اخرى . ففي دراسة لـ (كرانكلن ـ ١٩٦٧) على التوائم المتماثلة التي كان احد التوأمين فيها مصابا بالمرض الشيزوفريني ، تبين من الدراسة بان ٣١ في المئة من الاشقاء المتماثلين اصيبوا بالمرض الشيزوفريني و ٢٩ في المئة منهم اصيبوا باضطراب في الشخصية وعانوا من اضطراب او آخر من الاضطرابات النفسية او انهم اصبحوا مدمنين على المسكرات ، وان ٩ في المئة كانوا يعانون من حالات تفاعلية (انفعالية) او انهم في حالة حدودية بين الصحة والمرض ، وبان ٣١ في المئة فقط من اشقاء التوائم كانوا طبيعيين . وهذه الدراسة تظهر بان التوافق قد يأتي بعضه على شكل استعداد كامن للمرض وبعضه على شكل مرض شيزوفريني فعلي وفي حالات اكثر على شكل استعداد لاضطراب نفسي مرضي . واذا صح هذا التحليل فان المرض الشيزوفريني يكون من الناحية الوراثية احد الاشكال المرضية ، وهذا يتمشى مع الاعتقاد السائد بان الذي يرثه الفرد مهما كانت درجة هذه الوراثة هو ليس المرض كمرض ، وانما الاستعداد لتكوين حالة مرضية يكون المرض الشيزوفريني فيها هو فقط احد الاشكال الذي يعبر فيها هذا الاستعداد عن وجوده .

ان متابعة البينات العديدة على التوائم على تباينها لا بد لها ان تعطي اكثر من مجرد الانطباع بوجود عامل وراثي يقرر قيام الحالة المرضية . ومن الواضح ان الابحاث على التوائم المتماثلة وغير المتماثلة هو حتى الان اهم الميادين لدراسة هذا العامل الوراثي وتقدير حجمه ، غير ان التوصل الى تحديد هذا العامل وتعيين الحجم الحقيقي لفعله يقضي بضرورة اكتشاف العامل الوراثي بصورة مادية ومتابعته في عملية انتقاله ، كما انه يتطلب ضرورة رصد العوامل المحيطية التي يمكن ان تؤثر في تكوين الحالة المرضية وخاصة اثناء عملية الحمل وفي الاشهر وربما في الاسابيع والايام القليلة التالية للولادة ، والبحث في هذه الامور ما زال حتى الان في ادواره الاولى والى ان يكتمل مثل هذا البحث فان غاية ما يمكن قوله حتى الان هو ان

للوراثة فعلها في تكوين الاستعداد للمرض وان هذا الاستعداد هو اعظم وضوحا كلما كانت قرابة الدم أوثق وأقرب بين المريض وقريبه، وحتى هذه القرابة فانها لا تحدث أثرها في معزل عن متغيرات المحيط العديدة والتي يمكن ان تتفاعل في دور أو آخر وبدرجة او اخرى مع الأمكانيات الوراثية للمرض. هذا وهناك من لا يأخذ بالتفسير الوراثي لارتفاع نسبة التوافق بين الاشقاء المتماثلة بالقياس مع نسبتها في التوائم غير المتماثلة ويرد هؤلاء هذه الظاهرة إلى أنها إما نتيجة مشاركة التوأمين المتماثلين لمشيمة واحدة ومصدر متماثل للتغذية الدموية اثناء فترة الحمل، أو انها نتيجة تشبه احد الشقيقين بشقيقه التوأم المتماثل الآخر، وينظر الى عملية التشبه هذه بأنها تكون ارهاقا نفسيا شديدا للشقيق المتشبه، خاصة اذا ما كان شقيقه الاخر غير طبيعي .

البينات من التبني :

بالنظر لما اثير من جدل حول فعل العامل الوراثي من عدمه في تكوين المرض الشيزوفريني او الاستعداد له، فقد اتجه الباحثون الى محاولة عزل اطفال لوالدين اصيب احدهما بالمرض الشيزوفريني ورصد مصيرهم المرضي، ومقارنتهم باطفال من والدين طبيعيين تم تبنيهم ايضا. وقد تمخضت نتائج مختلفة عن هذه الدراسات نختصرها فيما يلي، وهذه النتائج في مجملها تقدم اسنادا لقيام وفعل العامل الوراثي في تكوين الاستعداد للمرض:

● في دراسة (روزنثال = ١٩٦٨) قارن فيها بين اطفال لوالدين اصيب احدهما بالشيزوفرينيا وبين اطفال لوالدين طبيعيين نموا جميعا في محيط جديد بالتبني بعيدا عن أهلهم ومنذ طفولتهم الصغيرة، تبين بان من بين ٣٩ طفلا من اباء او امهات مصابين بالمرض هناك ١٣ من الاطفال اصيبوا في كبرهم فيما بعد بالشيزوفرينيا او انهم كانوا في حالة حدودية بين الصحة والمرض او ذوي شخصة شيزية او شخصية برانوية (شكاكة)، وذلك بالمقارنة مع ٤٩ من الاطفال من الاباء الطبعيين والذين اصيب فقط ٧ منهم بحالة مرضية حدودية او بشخصية شيزية او بشخصية شكاكة.

● في دراسة اخرى (هستون = ١٩٦٦) أجراها على اطفال لامهات مصابات بالشيزوفرينيا تمت تربيتهم في حضانة عائلة والدهم، وقارن ذلك باطفال من امهات طبيعيات تمت حضانتهم في التبني، وجد بان من بين ٤٧ طفلاً لامهات مصابات بالمرض الشيزوفريني هناك ٥ من الاطفال اصيبوا فيما بعد بالمرض الشيزوفريني و ٤ بالنقص العقلي. وبالمقارنة فان ما من طفل من اطفال الامهات الطبيعيات اصيب بالمرض او بالتخلف العقلي. وهكذا يتبين بان نسبة وقوع المرض في اطفال والد او ام مصابين بالمرض هو ١٦,٥ في المئة، وهي نسبة مساوية لنسبة احتمال وقوع المرض في اطفال احد الوالدين المصاب بالمرض والذين يعيشون مع والديهم، وهكذا فان تفريق الطفل عن والديه بالتبني او عدم تفريقه لا تأثير له على احتمال قيام الحالة المرضية في الطفل، وهو الاستنتاج الذي يعزز وجود العامل الوراثي وفعله في تكوين المرض. وقد افادت هذه الدراسة ايضا بانه اضافة الى الاطفال الذين يقعون في المرض الشيزوفريني فيما بعد (١٦,٥ في المئة) فان نسبة اخرى من الاطفال من الامهات المريضات أظهروا أصابات مرضية نفسية من جنوح واضطرابات سلوكية او سايكوباثية او نفسية.

● وفي دراسة ثالثة لـ (كتى ١٩٧٥ وهي الدراسة المعروفة بدراسة كوبنهاجن) عكس الباحث

طريقة البحث، فبدلا من تتبع الاطفال المتبنين من امهات مريضات كما هو الحال في الدراستين السابقتين، فانه شخص حالات المرض في ٣٣ من الافراد الذين عاشوا في ظروف التبني وبمعزل عن اقاربهم بالدم، وحاول من هذه النقطة متابعة البحث عن اقاربهم بالدم (الاقارب البايولوجيون)، واحاط بـ ٥١٢ من هؤلاء الاقارب غير انه لم يستطع دراسة اكثر من ٣٦٤ منهم. وقارن كتي هذه العينات من الدراسة بالتبني ايضا وبعدد مماثل من اقاربهم بالدم (القرابة البايولوجية) وقد خلص كتي الى النتائج التالية:

- نسبة المصابين بالشيزوفرينيا المزمنة من بين اقارب الافراد المصابين بالمرض كانت ٢,٩ في المئة بينما كانت ٠,٦ في المئة من بين اقارب الأفراد الطبيعيين.
- نسبة المصابين بالشيزوفرينيا الكامنة للفئتين على التوالي كانت ٣,٥ في المئة و ١,٢ في المئة.
- نسبة المصابين بحالات مشابهة للشيزوفرينيا للفئتين على التوالي كانت ٧,٥ في المئة و ٢ في المئة.

وهكذا فان انتشار المرض الشيزوفريني من نوع او آخر في اقارب الفئة الاولى (وهي فئة المرض) كانت خمسة اضعاف نسبة انتشار المرض في اقارب الفئة الثانية (فئة غير المرضى) او ما يساوي مجموعه ١٣,٩ في المئة وهي نسبة تقارب جدا النسبة المتوقعة والتي افادت بها الدراسات العائلية السابقة.

- وفي دراسة رابعة قام بها (وندر = ١٩٧٤) والتي سعى فيها الى تقرير اثر حضانة الطفل وتربيته من قبل والد او ام بالتبني في حالة كون احدهما مريضا بينما الوالدان الاصليان يتمتعون بصحة عقلية سليمة، وقارن نتائج بحثه عن المصير المرضي لهؤلاء الاطفال بالتبني مع مصير اطفال اخرين تمتع والداهم بالتبني بصحة عقلية طبيعية ومع فئة ثالثة من اطفال لوالدين اصيب احدهما بالمرض وتبناهم اشخاص طبيعيون. وقد استنتج وندر من هذه الدراسة الصعبة والمتعددة الاطراف بان الاطفال المتبنين والذين ينحدرون من اباء او امهات مصابين بالمرض الشيزوفريني لهم ضعف احتمال الاصابة بالمرض من اطفال المجموعتين الاخريين (فئة الوالدين الاصليين الصحيحين، وفئة الوالدين بالتبني ممن اصيب احدهما بالمرض).

من هذه الدراسات وغيرها يتبين بوضوح بان العامل الوراثي هو عامل مهم في انتقال المرض وبان عزل الطفل الذي يحمل الاستعداد للمرض عن والديه الاصليين وعن محيطه الاصلي حتى في وقت مبكر بعد الولادة لا يؤثر ولا يعيق في تحقيق الاستعداد للمرض.

*

ان هذه المجالات الثلاثة لدراسة فعل الوراثة على المرض وهي شجرة العائلة، والتوائم المتماثلة وغير المتماثلة، والتبني كلها تشير بصورة واضحة الى توفر عامل الوراثة في انتقال الشيزوفرينيا من جيل الى جيل. غير ان من الواضح ايضا حتى لاكثر الناس تحمسا لنظرية الوراثة في هذا المرض هو ان الوراثة وحدها لا تفسر قيام المرض في جميع الحالات، كما تبين ذلك من الدراسات على التوائم المتماثلة بصورة خاصة وهو الامر الذي يقضي بضرورة افتراض وجود عامل او آخر غير وراثي يساهم في عملية تكوين المرض، ثم ان تقرير وجود ومدى مساهمة مثل هذه العوامل الوراثية لا يعتمد فقط على ادراكها وانما يعتمد ايضا على تحديد العوامل الوراثية الفعالة وطبيعتها وكيفية انتقالها، وهي الامور التي مازالت غير واضحة حتى الان بالرغم من النظريات والابحاث العديدة التي جرت في بحثها.

طريقة الوراثة :

تتم الوراثه مهما كانت قواعدها عن طريق الجينات التي تحملها الكروموسومات، وفيما يتعلق الامر بمرض الشيزوفرينيا فان هنالك العديد من النظريات حول الاسلوب الفعلي لوراثة المرض، ومن النظريات الواردة في هذا الموضوع ان المرض يورث عن طريق انتقال جين واحدة متسلطة او جين واحدة كامنة او جين واحدة وسطية او عن طريق جينين اثنتين او عن طريق عدد من الجينات المتجانسة او غير المتجانسة. وجميع هذه النظريات مازالت غير مبرهنة. وفيما يلي مختصر لاهم النظريات الواردة في هذا الموضوع.

نظرية الجين الواحدة :

تفترض هذه النظرية ان انتقال المرض يتم عن طريق جين واحدة، ومن الاراء في هذا الموضوع ان هذه الجين متسلطة او انها كامنة او انها وسطية. ومن النظريات من يفترض بان هذه الجين المفردة هي جين بنائية وليست جين تنظيمية، وطبقا لهذه النظريات فان وراثة المرض الشيزوفريني تتم طبقا لقواعد مندل الوراثية. غير ان هذه النظريات لا برهان عليها حتى الان، ومعظم الباحثين يتشككون في ان بامكان جين واحدة مهما كانت شاذة او مفقودة ان تسبب مرضا معقدا من التفكير والسلوك والعاطفة كمرض الشيزوفرينيا.

نظرية ثنائية (اثنتين من الجينات)

هذه النظريه تفترض وجود جين مسيطرة س S وجين دامنه ب P وكل واحدة منهما تورث بصورة مستقلة، ولكل واحدة منهما جين رديفة (سـ s) و(بـ p) وهاتان الجينان مع ردائفهما يمكن لها ان تلتقي بتركيبات مختلفة، وطبقا لمحتوى هذه التركيبات فإن الفرد الذي يحمل الواحد او الاخر منها قد يصبح طبيعيا او فردا مبدعا او شيزوفرينيا او سايكوباثيا او متخلفا عقليا او طفلا منكفئا، وطبقا لهذه النظرية على سبيل المثال فإن الشخص الطبيعي له التكوين الجيني (س س ب ب او (س س ب بـ) SSPP or SSPp بينما الشيزوفريني والفرد المبدع فإن لهما تركيبا يتكون من جين مسيطرة (س) ومن جين كامنة (بـ) مما يكون معادلة وراثية هي س سـ بـ بـ Sspp ، وعملا بهذه النظرية فإن الامكانية الاحصائية للتركيب الجيني المؤدي للشيزوفرينيا يقع في حدود ١ في المئة، غير ان هذا التركيب لا يؤدي بالضرورة الى حالة شيزوفرينية، وفي رأي كارلسون Karlsson صاحب هذه النظرية ان هذا التركيب الوراثي يعطي لصاحبه استعدادا اقل لمقاومة الارهاق كما يعطيه امكانية اعظم للخلافية وحكمة اعظم.

نظرية الجينات المتعددة:

هذه النظرية تفيد بان هنالك عددا غير محدد من الجينات التي تحملها الكروموسومات وبان هذه الجينات تعبر عن نفسها بصورة متشابهة وفعلها الكلي يعتمد على عددها وتجمعاتها وهو فعل كمي، فاذا ما تجمع العدد الكافي من هذه الجينات فان الشيزوفرينيا تحدث في الفرد. وهنالك نظرية اخرى تفيد بضرورة تجمع العدد الكافي لهذه الجينات على شكل محدد، وهذه النظرية لا تفسر قيام المرض على اساس قواعد مندل التي تحتم ضرورة قيام توافق بين الاشقاء في التوائم المتماثلة بنسبة مئة في المئة. كما ان هذه النظرية

تفيد بان وراثة المرض لا تأتي عن طريق وراثة خطأ بايوكيميائي، وانما الذي يورث هو الاستعداد لتكوين المرض. ولكي يحدث المرض في الفرد فان ظروفا محيطية مرهقة هي التي ترسب المرض عن طريق تسهيل ظهور الاستعداد المرضي في الفرد، وهذه الظروف في نظر اصحاب النظرية تتفاوت في قوتها وطبيعتها وتأثيرها تبعا للطبيعة الشخصية للمريض، وهو الامر الذي يفسر لماذا يحدث المرض في بعض الافراد بسبب الشدة او الأرهاق ولا يحدث في من هم مثلهم وراثة حتى ولو تعرضوا لنفس الدرجة من الشدة او مما يزيد عليها. وخلاصة هذه النظريات اننا ما زلنا حتى الان نجهل الوسيلة التي ينتقل فيها المرض وراثيا، ومعظم الباحثين يجمعون مع ذلك على ان طريقة الانتقال الوراثي لا تتم طبقا لقواعد مندل الوراثية وان امر الانتقال هو اكثر تعقيدا من هذه القواعد وبأنه مازال غامضا .

ما هو الشيء الذي يورث ؟

ما هو الشيء الذي يورث؟ او بصورة ادق ما هي الصورة التي تعبر فيها الوراثة عن انتقالها عبر فرد ما مصاب بالمرض او يحمل امكانياته الوراثية في جيناته الى الجيل الثاني؟ وهو سؤال ما زال محطا للجدل، كما هو الحال في موضوع الوراثة كلها. وهنالك عدة نظريات حول ذلك منها ان الوراثة تعبر عن نفسها في الفرد المستلم لها على شكل اضطراب بايوكيمياوي في الدماغ، ونظرية ثانية تقول بان الذي يورث يأتي في الشخص المستلم على صورة نقص في تكوين الشخصية، او على شكل اضطراب فكري، او على شكل اضطراب في الجهاز العصبي الذاتي، او على شكل خطأ في عمليات التكامل العصبي. ونظرية ثالثة تقول بان الذي يرثه الفرد يأتي على صورة انطواء، وبان ذلك يكفي لاحداث المرض في الفرد، ونظرية اخرى تقول بان الذي يورث يأتي على شكل من انماط الاضطراب في الشخصية والـذي يتمثل في التشكك والحساسية المفرطة وفي الشذوذ السلوكي والانعزالية وصفات اخرى من اضطراب الشخصية. وأخيرا هنالك النظرية التي تفترض بان الذي ينتقل بالوراثة هو المرض نفسه. ولهذه النظريات جميعها بعض الاسنادات وخاصة النظرية التي تفترض ان المرض ينجم عن طريق وراثة تحقق وجودها في الشخص على صورة خطأ كيمياوي، وان هذا الخطأ بدوره يؤدي الى الانحراف في الاداء النفسي للفرد، وبان هذا الانحراف يؤدي بدوره الى تفاعل خاطىء مع عناصر معينة في المحيط او المجتمع والعائلة، وبان هذه العمليات المتتالية كافية وضرورية في آن واحد لاحداث المرض. وهنالك عدة تفسيرات وبينات عن الخطأ الكيمياوي الذي تسببه الوراثة في الدماغ، وسنتناول ذلك بشيء من التفصيل عند البحث في الاساس العضوي الكيمياوي لمرض الشيزوفرينيا.

ان هذه النظريات المختلفة حول ما هية الشيء الذي ينتقل بالوراثة لم تفض بعد الى نتيجة حاسمة، وسيظل الموضوع غامضا الى ان يتم التعرف على الجينات الوراثية الناقلة للمرض ومتابعتها من بدايتها في الشخص الذي يحملها والى الشخص الذي تؤول اليه، مع ملاحظة الشكل الذي تعبر فيه عن **وجودها**. ويعتقد البعض بان ادراك كل ذلك اصبح وشيكا، غير اننا نشك في ان مرضا معقدا متعدد الانماط والدرجات كمرض الشيزوفرينيا سيمكن فهم جميع نواحيه في المستقبل المنظور، والى ان يكون ذلك ممكنا فان اقصى ما يمكن قوله في موضوع وراثة الشيزوفرينيا هو ان البينات الحاضرة والمتوفرة لا تترك مجالا للشك في ان للوراثة دورا في تكوين الاستعداد نحو بعض انواع الشيزوفرينيا خاصة الشيزوفرينيا التي تتكون عبر

عملية تدريجية (Process Schizophrenia) والتي تتجه عادة نحو الازمان (الشيزوفرينيا المزمنة)، غير انه لم يتضح بعد ماهية هذا الاستعداد الوراثي ولا الكيفية التي ينتقل بها او الطريقة التي يعبر فيها عن وجوده، وان كانت اغلب الاراء تميل الى الاعتقاد بان هذه الوراثة تأتي على شكل استعداد موروث للاضطراب السايكوباثولوجي وبان الحالة المرضية الشيزوفرينية او غيرها من الحالات الاخرى كالشخصية الشيزيه او الشخصية السايكوباثية يمكن ان تبنى على هذا الاساس وذلك نتيجة لتفاعل هذا الاستعداد الموروث مع عوامل فعالة اخرى في المحيط.

٢ - الأسباب المحيطيـــة

لقد اوضحنا في موضوع وراثة الشيزوفرينيا ضرورة توفر العامل الوراثي لاعطاء الفرد الاستعداد للاصابة بالمرض واوضحنا الرأي السائد من ان العامل الوراثي له أهميته في تكوين الاستعداد للمرض، الا انه قد لا يكفي في حد ذاته لاحداث المرض، كما بينا بان العامل المحيطي مهما كان قوياً فإنه لا يمكن ان يسبب مرض الشيزوفرينيا بدون توفر اساس من الاستعداد الوراثي، واوردنا الرأي بان المحيط هو عامل هام في المساعدة على ترسيب الحالة المرضية في الفرد الذي لديه الاستعداد الوراثي للاصابة بالمرض. ومن كل ذلك يتضح بأن العوامل المحيطة في حياة الفرد من نوع او آخر يمكن ان تلعب دورا ما في ترسيب الحالة المرضية الشيزوفرينية وفي المساهمة في تكوين صورتها المرضية.

ان المحيط الذي يمكن ان يتعرض له الفرد بما في ذلك الفرد المؤهل بوراثة شيزوفرينية هو محيط متعدد الجوانب والدرجات والتفاعلات،ومن الصعب ان لم يكن من المتعذر حصر جوانبه وعوامله بدقة او تعيين الدرجة التي ساهمت كل حادثة او عامل منها في ترسيب او تكوين الحالة المرضية الشيزوفرينية، وعلى العموم فان بالامكان تجميع العوامل المحيطية في عدة فئات من العوامل المتشابهة، واهم هذه الفئات:

(اولا) العوامل المتعلقة بالحمل والولادة.
(ثانيا) العلاقة بين الطفل وامه.
(ثالثا) الجو العائلي.
(رابعا) العلاقات الشخصية.
(خامسا) التجارب الحياتية.

ومن الواضح ان الاحاطة بهذه العوامل تتطلب رصداً دقيقاً لجميع عمليات النمو والتجارب الحياتية ابتداء من نقطة تكوين الجنين وحتى قيام الحالة المرضية، وهو امر من الصعب تطبيقه حتى في افضل الأحوال،خاصة وان من المتعذر معرفة اي الاطفال سيصاب بالمرض الشيزوفريني فيما بعد. والمعلومات التي تتوفر عادة هي عمليات رصد رجوعية يحاول فيها الباحث تأمل الظروف المحيطية المختلفة التي واجهها المريض في الفترات الزمنية السابقة لمرضه. ومع ان هذا الرصد الرجعي لا يخلو من فائدة، الا ان من شأنه ان يؤكد ويضخم بعض التجارب المحيطية وان يقلل من غيرها او ان يغفلها كليا، غير ان هنالك بعض الابحاث التي تتسم بدقة وموضوعية اعظم والتي قام فيها الباحثون برصد وتدوين الوقائع الحياتية لمجموعات من الاطفال والاحداث ممن اشتبه باستعدادهم للمرض الشيزوفريني بسبب وراثتهم

المعروفة للمرض. وفيما يلي ايضاح لفعل العوامل المحيطية التي سبقت الاشارة اليها ومدى مساهمتها في تكوين المرض الشيزوفريني غير انه يقتضي علينا ان ندرك بانه مع اهمية المحيط والتجارب الحياتية في تكوين حالات المرض الشيزوفريني او ترسيب الحالة المرضية الفعلية الا ان تقرير هذه الأهمية لا بد ان يأخذ بعين الاعتبار الدرجة الوراثية التي يتمتع بها الفرد في اتجاه المرض الشيزوفريني. واذا امكن تلخيص الموقف العلمي الحالي من موضوع فعل الوراثة والمحيط في تكوين المرض، فانه يتلخص بالنقاط التالية:

١ ـ ان الوراثة تعطي الاساس الذي لا بد منه لكي يصبح المرض الشيزوفريني ممكنا وبدون ذلك لا يمكن ان يحدث المرض في اي انسان.

٢ ـ ما من تجربة حياتية أو أي ظرف محيطي ومن اي درجة او نوع او فعل زمني يمكن لها ان تؤدي الى قيام المرض بدون استعداد وراثي للاصابة بالمرض.

٣ ـ العامل المحيطي والتجربة الحياتية ذات اثر في تكوين او ترسيب الحالة المرضية. غير ان الابحاث لم تكشف بعد عن وجود اية تجربة او ظرف محيطي معين مما ثبت بان له اهمية خاصة بالنسبة للمريض وما يضمن ترسيب المرض عنده.

٤ ـ ان فعل المحيط والتجربة الحياتية هو فعل متواصل ومتفاعل مع خلفية من الاستعداد الوراثي للمرض، فالطفل الذي لديه هذا الاستعداد مهيأ لحياة نفسية تتصف بعدم الكفاءة لمواجهة الحياة كما هي وذلك في ادوار نموه المختلفة، ولهذا فان تمثله للتجارب الحياتية ووقعها عليه يختلف عما هو مألوف عند غيره من الاطفال وهو الامر الذي يساعد على الاستمرار في السير في طريق تحقيق المرض.

٥ ـ ان كلا من الاساس الوراثي والعامل المحيطي ليسا بالكمين او النوعين الثابتين، فالعاملان يمكن ان يتأثر الواحد منهما بالآخر في دور او آخر من ادوار النمو مما يسهل او يعيق من تحقيق الحالة المرضية. والرأي المقبول علميا الان هو ان عملية التفاعل بينهما هي عملية مستمرة وكل دور فيها يتأثر بما سبقه او يليه من ادوار.

٦ ـ ان معظم الانتباه في موضوع الظروف المحيطية قد توجه الى امرين، اولهما الاضرار التي يمكن ان تقع اثناء الحمل والولادة والطفولة الصغيرة وثانيهما الاضطراب في الجو العائلي وعلاقات افراده مع الطفل او الحدث او مع بعضهم بعضا. وهنالك في هذا الموضوع بينات متضاربة، وفي تقرير هذا الموضوع لا بد ان يأخذ الباحث بعين الاعتبار بان ما قد يبدو سببا محيطيا طارئا ما هو بالواقع الا مجرد تعبير منظور عن واقع الاستعداد للمرض.

٧ ـ ان الفعل المحيطي من أي نوع او درجة ما اذا افترض وجوده في الحالة المرضية الواحدة، فانه يجب ان لا يهمل امره في طريقة الوقاية من المرض او الحد من تطوره وفي علاجه خاصة اذا تبين بان ذلك العامل المحيطي واضح الصلة والالتصاق بالانفعال المرضي، ويقتضي لذلك ابعاده وتجنيب الفرد من التعرض له.

العلاقات والتعامل العائلي:

لما كانت مظاهر الشخصية الشيزية والتي يمكن ان تكون نذيرا بالمرض في الكبر تبدأ منذ الطفولة وتنمو في المحيط العائلي، ولما كان المرض الشيزوفريني يبدأ في سن هو اقرب ما يكون لمجال التعامل العائلي

منه لمجال التعامل خارج العائلة، فقد توجه الاهتمام الى البحث عن طبيعة العلائق التي تربط الفرد النامي مع غيره من الافراد في المجال العائلي واثر هذه العلائق في تهيئة الفرد للتوجه نحو المرض او الاصابة به، وقد حث على هذا الاهتمام ما تواتر من الملاحظة بان الجو البيتي الذي ينشأ فيه المريض هو جو مشحون بالاضطراب والى درجة تفرقه عن غيره من الأجواء الطبيعية في الحياة العائلية، وقد تولد عن هذا الاهتمام الكثير من النظريات والدراسات النفسية والاجتماعية والاحصائية مما تجدر الاشارة الى بعضها باختصار. ويمكن تلخيص النظريات حول هذا الموضوع بانها تراوحت بين افتراض الأهمية المطلقة للجو العائلي وعلاقاته في تسبيب المرض واتهام العائلة بمسؤولياتها عن حدوث المرض، وبين الرأي المناقض لذلك تماما والذي لا يحمل العائلة مثل هذه المسؤولية، ويجد بدلا من ذلك بان المرض ينشأ بقوته الذاتية تبعا لاستعداد الفرد للاصابة به، وبانه،اي المرض،يفرض وجوده بصرف النظر عن الجو العائلي وما فيه، ويستند اصحاب هذا الرأي على نشوءالمرض في عائلات غير مضطربة ونشوء المرض في افراد اصيب احد والديهم او كلاهما بالمرض مع انهم عزلوا عن الاتصال بهم بالتبني. هذا وهنالك كما هو منتظر درجات متفاوتة من الاقتراب او البعد عن هذين الطرفين المتناقضين او المتباعدين في الرأي والأفتراض.

*

تدل البحوث والدراسات بان هنالك فروقا واضحة في الواقع العائلي بين العائلات الطبيعية والعائلات التي تفرز حالات المرض الشيزوفريني في احد افرادها. ويقتضي التفريق هنا بين واقع العائلة قبل قيام الحالة المرضية وبعد قيام هذا الواقع. ذلك ان من شأن ظهور اي حالة مرضية في نطاق العائلة سواء كانت الحالة جسدية او نفسية او عقلية ان تحدث اثرها في الواقع العائلي بصورة او اخرى. هذا وقد اكد الكثيرون من الباحثين على الأهمية الدينامية للعلائق العائلية ككل وليس فقط للعلائق بين الام والطفل.فقد اكد الانين Alanen (١٩٦٨) على هذه الاهمية، فالوالدان في رأيه يعانيان حالة من اضطراب حياتهما الزوجية، والجو العائلي يتصف اما بالتصلب او بالفوضى، ففي الحالة الاولى يكون الجو متسما بالصرامة والتقييد وبالفقر العاطفي وبالتصلب في التعامل في المواقف والتوقعات من الطفل، وفي الحالة الثانية يكون الجو متسما بعدم الترابط واللاعقلانية وبسيطرة احد الوالدين بصورة غير طبيعية على الواقع العائلي، وبفعل هاتين الحالتين يحرم الطفل من الوصول الى اكتمال ذاته ومن الحصول على استقلاليته، ويظل في حالة اتكال على والديه. وقد وصف (سنجر Singer) وغيره بعض مظاهر الجو الذي يسود الحياة العائلية الشيزوفرينية ووصفه بأنه جو لا يستطيع الوالدان فيه مشاطرة بعضهما بعضا نفس الاحاسيس والمشاعر، كما ان طريقة التخاطب بينهما تتسم بالغموض بحيث يصعب او يتعذر فهم الواحد منهما للآخر، كما لاحظ بعض الباحثين بان هنالك تضاربا بين الاقوال والافعال في التعامل بين الواحد او الآخر من الأبوين مع الطفل او بين ما يقوله الواحد منهما في ظاهر الكلام وبين ما يعنيه بالفعل، وهو الامر الذي يجعل الطفل في حيرة من امره وفي اي من الاحتمالات يصدق. ويقول (باتيسون Bateson) في هذا الامر ان الطفل يتعود بسبب هذا الواقع المتذبذب والمتناقض على التفكير اللامنطقي، ويرى فيه مقدمة للمرض الشيزوفريني. ويؤكد بعض الباحثين على نواحٍ اخرى في الجو العائلي منها تعرض الطفل المتكرر لحالات التعدي في نطاق العائلة بما في ذلك التعدي الجسمي والنفسي والجنسي، وهو التعدي الذي يحاول الطفل كبته وانكاره لكي يبقى على علاقاته العائلية مع والديه، وفي نفس الوقت

فإن الوالدين او احدهما يحاولان تأكيد مسؤولية الطفل عن توتر العلاقات العائلية مما يمكن ان يؤدي الى المزيد من الكبت والشعور بالأثم وبالتالي الى الانزواء والوقوع في الاضطراب العقلي .

ان هذه الملاحظات وغيرها كثير عن طبيعة العلاقات العائلية وهي تبين بوضوح ان الجو العائلي الذي يحيط بالمريض الشيزوفريني هو جو مرضي ايضا في نواحٍ كثيرة وهو لا يمكن ان يساعد على تمكين الطفل من التمتع بالظروف الملائمة لنمو سليم في شخصيته وحياته النفسية . غير ان مدى تأثير مثل هذا الجو على نشوء حالة الشيزوفرينيا يجب تقريره دائما على خلفية من مدى الاستعداد الوراثي للوقوع في المرض . والتقرير النهائي لهذا الأمر سيظل مثاراً للجدل ، غير انه يمكن القول باختصار وبدون اتخاذ مواقف التحزب لجدلية الوراثة أو التربية ، بان هنالك نسبة أعلى من الاضطراب النفسي والعقلي في الجو العائلي الذي نشأ فيه المريض الشيزوفريني بالقياس الى عائلات اخرى لا يتوفر فيها هذا الاضطراب،ومن شأن ذلك ان يشجع على قيام حالات من الاضطراب فى نمو شخصية الاطفال والمراهقين وان يسهل بالتالي ظهور الاستعداد الوراثي الكامن للمرض وهو الاستعداد الذي قد يكون في حد ذاته غير كاف لاحداث المرض بدون هذه العوامل المساعدة على ظهوره اما في ذلك الحين او بتأجيله حتى حين آخر .

العلائق الاجتماعية :

ربطت بعض الأبحاث بين العزلة الاجتماعية وبين وقوع المرض وانتشاره، ومن نتائج هذه الابحاث نشأت الفرضية السببية بان العزلة الاجتماعية الناجمة عن ظروف الحياة والسكن او عن ضرورات التغرب والهجرة والوحدة هي عامل مهم في تسبيب المرض، ومع ان مثل هذه العزلة قد تكون نتيجة للاتجاه نحو المرض لا سببا له او انها تتوافق مع فعل عوامل سببية اخرى من وراثية وحضارية واقتصادية وثقافية،فان من غير المستبعد ان تساعد العزلة في حد ذاتها على ترسيب الاستعداد الكامن للوقوع في المرض . غير ان هنالك من يذهب الى ابعد من ذلك في اتهام المجتمع وضرورة تحمله المسؤولية الكاملة عن المرض كما سبق وبينا ذلك في آراء لانج وكوبر وغيرهما ممن يرون في المرض الشيزوفريني نتيجة لائتلاف تآمري للمجتمع بمعناه الواسع ـ من العائلة وحتى الطبيب ـ على وسم هوية الفرد بانه مريض ، كما يقضي بتحديد مواقف المجتمع من هذه الهوية ، وسواء اتفق الفرد مع هذه النظرة المتطرفة لتسبيب المرض او خالفها ، فان الملاحظات في هذا الموضوع تدل على ان تعامل الفرد المرشح للمرض مع مجتمعه يتم على خلفية من شعور الفرد بانه يختلف عن امثاله في مجتمعه وبانه مرفوض منهم وبانه لا ينظر اليه ككفء لمجاراة اترابه واقرانه ، وهو الامر الذي يدفعه الى العزلة وتجنب الاتصال الا في اقل الحدود الممكنة ، او الى سلوك يتصف بالغضب والتعنت والانفعال ، وهي المظاهر السلوكية التي تفسر على انها محاولة الفرد للأبقاء على باب الصلة مفتوحا بينه وبين الغير.

التربية :

يعزوا الكثيرون قيام المرض الشيزوفريني الى وجود خطأ او اخطاء متعددة ومتواصلة في عملية تربية الطفل واعداده للمستقبل وخاصة التربية في المجال العائلي . وتفيد بعض الأبحاث في هذا الموضوع أن بعض الحالات المرضية الشيزوفرينية تنشأ بصورة دراماتيكية على اثر مواقف من الاضطراب في المجال العائلي ، غير انه لا توجد هنالك بينة كافية تبرر اي تعميم بأن الظروف التربوية غير الملائمة هي صفة

لازمة لظروف حياة الفرد في طفولته وقبل اصابته بالمرض، فكما ان المرض يمكن له ان يحدث في ظروف تربوية غير ملائمة، الا انه يمكن ان يحدث ايضا في ظروف تربوية لا تتسم باي خلل. وفي ايراد هذا الاحتراز لا بد من التأكيد على أن ما قد يبدو طبيعيا في ظروف الحياة البيتية التي يعيشها الطفل بالنسبة للباحث الا ان الطفل نفسه قد يدركها على صورة غير طبيعية، وهو امر متوقع في الطفل الذي تهيأ بالاستعداد للمرض والذي قد يكون من طبيعة شخصيته ان يرى الواقع ومن فيه على غير ما هو عليه. ولعل من الطريف والمفيد بهذا الصدد ان نذكر حالة العالمة النفسية الامريكية التي تبنت طفلا من ام شيزوفرينية منذ طفولته الصغيرة وقامت بتربيته تربية مثالية بعيدا عن والديه الحقيقيين، ولكنه بالرغم من كل ذلك فقد اتجه نحو الوقوع في المرض في وقت لاحق من سن المراهقة.

علاقة الام والطفل :

اشار بولبى Bowlby (١٩٥٠) الى أهمية حالة حرمان الطفل من امه في تكوين المرض الشيزوفريني، ومنذ ذلك الحين كثرت الدراسات والآراء حول هذا الموضوع. ومن الواضح ان هنالك اشكالا عديدة من هذا الحرمان، من موت او تفريق او طلاق او خصام عائلي، او اهمال او رفض من جانب الأم الى غير ذلك من الحالات. وعلى العموم فان الباحثين لم يجدوا حتى الآن وبصورة قاطعة اثراً هاما لجميع هذه العوامل في تكوين المرض الشيزوفريني. وقد تبين من ابحاث اخرى بأن أمهات المصابين بالمرض يتصفن بخصائص معينة وفي نسب معينة من الحالات، فاكثر من نصف الامهات ظهرت عندهن خصائص تزيد على ما هو متوفر منها في الذين يعانون من اضطرابات نفسية، وبعضهن كن مريضات عقلياً، او ذوات شخصية شيزية، او انهن يعانين من حالات حدودية من المرض والعقلي. والكثيرات قد ظهرت عليهن الشحة في الحياة العاطفية مع النقص في المقدرة على ضبط النفس وفي قابلية التمازج مع الغير، كما انهن اتصفن بنقص في تفهم مواقف الآخرين، وبحب السيطرة والتملك وخاصة على الطفل ومعاملته بصورة لا تنم عن التقدير لذاته وحقه بالاستقلالية. وفي رأى اريتي Arieti (١٩٥٥) ان ام المريض بالشيزوفرينيا هي ام (.. نقناقية)، وعدوانية، ولا تعطي الطفل فرصة لأثبات ذاته، وهي على العموم متزوجة رجلا اتكاليا وضعيفا الى الحد الذى لا يتمكن معه من مساعدة ابنه. وفي رأى هل Hill (١٩٥٦)، ان امهات المرضى بالشيزوفرينيا هن مرضى، وهن يحتجن ابناءهن لكي يعطوهن مبرراً كافيا لوجودهن، ومن انهن امهات متملكات، خاصة للطفل الذى سيصبح شيزوفرينيا. أما الآباء فانهم كثيراً مايكونون عدوانيين، غير انهم في عدوانيتهم انما هم بمثابة وكلاء غير راغبين لزوجاتهم.

ومن نواحي الاضطراب في العلاقة بين الأم والطفل ما يمكن ان ينجم عن حرمان الطفل من عواطف الامومة لسبب او اخر. وقد لاقت هذه الناحية الكثير من الاهتمام والبحث، وهنالك اعتقاد بأن حرمان الطفل من هذا العطف له ان يؤدى الى الانقاص من مقدرة الطفل على القيام بعمليات النمو الاجتماعي، كما يمكن ان يؤدى الى اضطراب وعدم نضوج في حياته الجنسية. وفي تقرير اهمية الام في دفع الطفل الى امكانياته الشيزوفرينية، لا بد ان يبرز السؤال في كيف تفسر ظاهرة ان طفلاً واحداً او اكثر يصابون بالمرض بينما لا يصاب اطفال اخرون لنفس الأم وفي ظروف حياة بيتية مماثلة. ومع أن أصحاب النظريات الوراثية يجدون الجواب عن ذلك في الاستعداد الوراثي عند الطفل او الاطفال المصابين، وفي

خلو البقية من هذا الاستعداد، الا ان أصحاب نظرية العلائق النفسية بين الأم والطفل يعللون هذه الظاهرة في أن الاطفال الذين يصابون هم اطفال تزامنت طفولتهم مع أزمات عائلية إما في العلائق بين الزوجين، او بسبب اصابة الام بحالة من الكآبة التي تجعلها اقل اهتماماً بحاجات الطفل النفسية كاللعب معه واظهار العاطفة نحوه الى غير ذلك من مظاهر السلوك التي تشعر الطفل بأنه مرغوب ومحبوب من اجل ذاته، وهي المظاهر التي اذا لم تتوفر في حياة الطفل فان لها ان تعطل من عملية النمو النفسي واكتمال الذات واستقلاليتها، وما يمكن ان ينجم عن ذلك من شعور الطفل بالخجل وعدم المقدرة وفقدان الثقة والاطمئنان، والابتعاد عن الواقع والركون الى الخيال والبحث فيه عن ملجأ يسكن اليه. وفيما يلي نعطي خلاصة لآراء بعض الباحثين في موضوع العلاقة بين الوالدين، الواحد مع الاخر، وكلٍ منهما، وخاصة الام، مع الطفل الذي يتجه نحو الاصابة بالمرض الشيزوفريني، وهي العلائق التي تتسم بقدر كبير من اللاطبيعية والاضطراب، مما قد يكون عاملاً فعالاً في المساعدة على نمو الاستعداد للمرض وفي ترسيبه في الفرد المهيأ للمرض.

في رأي (ولمان Wolman). ان كل مريض شيزوفريني لا بد أنه كان شيزوفرينياً على صورة ما في طفولته، وهو يجد بأن الخطأ الاساسي في شخصية الفرد الذى يتجه نحو الشيزوفرينيا ينشأ بنتيجة مجموعة معينة من الخصائص التي تتسم بها العلائق التي تربطه بمن حوله وتربطهم بعضهم ببعض وخاصة في دور تربيته ونموه. وقد ميز ولمان بين ثلاثة انواع من العلاقات التى يمكن قيامها في علائق الطفل مع محيطه، وهي: (اولاً) العلاقات التي هي في معظمها علائق تتصف بالأخذ من الغير (وسيلية Instrumental). و(ثانيا) العلائق التي هي في معظمها تتصف بالعطاء (الناقلة Vectorial). و(ثالثا) العلائق التي هي على الغالب علائق متبادلة تتألف من توازن بين الأخذ والعطاء (متبادلة Mutual). ويرى ولمان ان العلاقات الطبيعية تتسم بالتبادل بين الوالدين وبصورة يتوازن فيها الأخذ والعطاء بينهما. كما ان العلاقة الطبيعية بين الطفل ووالديه، هي علاقة اخذ (وسيلية)، أما علاقة الوالدين بالطفل فهي علاقة (عطاء)، والتي تقدم فيها الاشياء الضرورية للطفل كالغذاء وغيره بحرية وبدون قيد وبدون مقابل. وعلى خلاف هذا النمط من العلاقة الطبيعية، فقد وجد ولمان ان العلاقات التي تميز الصلات في البيت الذى يوجد فيه مريض شيزوفريني، بأنها علائق غير طبيعية؛ فالعلائق بين الوالدين ليست علائق متبادلة من الأخذ المتوازن مع العطاء، وانما هي علائق (اخذ عدائية)، اما علائق الام مع الطفل الذي يصبح شيزوفرينيا فهي علائق (عطاء كاذب Pseudovectorial)، بينما هي في حقيقتها علاقة اخذ (استغلالي)، أي ان العطاء يستهدف استغلال الطفل لغرض ما يخدم حاجة الام، أما علاقة الاب مع الطفل فهي علاقة (اخذ) واضحة وتتسم بالاغراء والاغتصاب. وفي مثل هذا الحال من العلائق التي يتحول فيها الطفل، من فرد يأخذ، كما هو الحال الطبيعي، الى طفل يعطي اضطراراً قبل اوانه، فانه، أي الطفل، يصبح شيزوفرينيا بالنظر لما يحدثه ذلك من وقع على كيان شخصيته وتوازن وتوزيع الطاقة النفسية عنده. وفي رأى ولمان أن هذا التأثير النفسي يؤثر بدوره في الجهاز العصبي وفي العمليات الهرمونية والعضوية، والتي يعتبرها في مجموعها عوامل مقررة للمرض الشيزوفريني (١٩٧٠).

أما سلفان، فقد رأى ايضاً بأن جذور المرض الشيزوفريني تنشأ في جو من العلاقات الشخصية غير

الملائمة وخاصة في دور الطفولة وفي المحيط البيتي . ويفسر سلفان ذلك على ان مثل هذا الجو قد يعيد الى وعي الطفل التجارب المنسية من طفولته، وهي تجارب ذات صفات شيزوفرينية، ويقول: «ان مصطلح الشيزوفرينيا يتضمن مجموعة متفرقة من الحوادث خبرناها في أحلام الليل ونحن في طفولتنا لا بد اننا كنا في معظم الوقت شيزوفرينيين، غير اننا تعلمنا ان ننسى كل الذى حدث في هذه الفترة . غير ان الفرد عندما يجبر بسبب مواقف حياتية غير قابلة للحل لكي يعود من جديد في حياته الواعية الى تلك العمليات السابقة والمنسية في طفولته فانه يصبح في حالة من الشيزوفرينيا . واولئك الذين يتصفون بهذه الحالة فانهم شديدو الخجل، ويعانون من نقص شديد في صفة تقدير الذات، وهم مقتنعون بأنهم لا يحظون بتقدير الغير، وهم يواجهون امكانية الفزع المتصل بشعورهم بالنقص، والوحدة والفشل الحياتي» . ويرى سلفان بان الفرد الذى يواجه امكانية الفزع هذه فانه ينسحب الى نفسه، وهو في ذلك يحاول تجنب المواقف المؤلمة والمؤذية في علاقاته الشخصية والتي تجلب له التنويه بالانتقاد والتهديد والفشل المحتوم .

أما فروم رايخمان Fromm-Reichmann (١٩٥٥) فهي مثل سلفان ترى في المرض الشيزوفريني نوعاً من الترفع من أجل ضمان تجنب الفرد مواجهة موقف جديد من الفشل مع ما يجلبه له ذلك من التوبيخ، وهو الموقف الذى تطبع عليه في طفولته بسبب الخطأ في علاقاته العائلية .

وقد وجد لدز (Lidz) نقصاً بيناً في التفاهم والتعاون بين والدي المصاب بالمرض الشيزوفريني، كما لاحظ فشل الأب في تأكيد سيطرته ورجولته في نطاق العائلة .

أما وتكر whitaker ١٩٥٨ - فقد لاحظ ان ام الطفل الذى يتجه نحو الشيزوفرينيا بانها تأخذ دور الرجل في التعامل العائلي، وأن العلاقة بين والدي المريض اشبه ما تكون بالعلاقة بين زوجين مطلقين يتقاسمان الأولاد - فالام هي المسيطرة بالنسبة للطفل المسيطر عليه، وهي المتعهدة لشؤونه، اما الاب فهو يتخذ دور البديل للام .

ان هذه النظريات والآراء المختلفة والكثير من أمثالها، كلها تؤكد على اهمية العلائق العائلية والعلاقات المميزة لأفرادها او بعضهم وخاصة علاقة الأم مع الطفل، في المساعدة على تكوين المرض الشيزوفريني في دور لاحق من نمو الطفل . ولعل اهم هذه العلائق اثراً في هذه المساعدة يحدث في الأطفال الذين تربطهم علاقة وثيقة وغير طبيعية بامهاتهم، وهي العلاقة التي تظل مميزة للصلة بينهما بدون انقطاع حتى سن النضوج . وقد لوحظ كثيراً بأن قطع او ايقاف هذه العلاقة او التهديد بذلك لسبب ما قد ادى الى ترسيب مرض الشيزوفرينيا، وهكذا يبدو بأن للرابطة الوثيقة والتعلق الشديد بين الأم وطفلها مثل ما لحرمان الطفل لسبب ما من حنان امه ورعايتها من الاعداد للوقوع بالمرض الشيزوفريني . والذي يمكن استنتاجه في الحالتين، هو ان الخطأ في العلاقة سواء كان باتجاه الحرمان او الغمر فإن له ان يؤدي الى فشل او خطأ او تأخير في نمو شخصية الطفل وتحقيق ذات مستقلة له تمكنه من التعايش والتكيف على واقع الحياة . ومع اهمية هذه الملاحظات، الا انه يقتضي جلب الانتباه الى الحقيقة الواقعة وهي ان ليس كل طفل تتسم طفولته بهذه الاضطرابات في العلائق العائلية يتجه بالضرورة نحو الشيزوفرينيا . وهذا لا بد ان يشير الى ضرورة توفر عامل، او عوامل اخرى، لضمان هذا الاتجاه والتي يفترض انها عوامل تتقرر بفعل المؤثرات الوراثية، فسلوك الوالدين او احدهما قد لا يكون الا تعبيرا عن استعداد او

درجة ما من درجات الاصابة بالمرض الشيزوفريني ، وردود فعل الطفل غير الطبيعية قد لا تكون ايضا الا استجابة طفل مهيأ وراثيا ، وبدرجة ما ، للاصابة بالمرض . غير ان هـذا التفسير لا يقلل من ان الطبيعة المرضية للعلائق البيتية تلعب دورا هاما في تطوير الاستعداد للوقوع في المرض وفي ترسيبه .

الخطأ في الاتصال :

لعل من أهم مظاهر المرض الشيزوفريني هو ما يلاحظ من صعوبة، ان لم يكن من تعذر الاتصال الطبيعي مع المريض. فمحاولة التواصل مع المريض هي اشبه بمحاولة الاتصال على موجتين او موجات بث واستلام مختلفة. وقد ادرك الباحثون هذه الظاهرة الهامة ليس في المرضى الحقيقيين فحسب، بل في اولئك الذين تهيأوا بالاستعداد للاصابة بالمرض، والذين يصعب الاتصال والتفاهم معهم طبقا لقواعد المنطق والواقع. ولم يكن هنالك بد من ان يقوم الافتراض بأن المرض الشيزوفريني قد نشأ نتيجة سلسلة متتالية من اضطراب طرق الاتصال بين الفرد وبين من هم في محيطه، وتطور ذلك الى تقطيع هذه الطرق او الى اختصارها وتجزئتها ، مما يجعل من العسير متابعة هذه الطرق بعقلانية ووضوح. وقد افترض الباحثون نظريات عديدة لتفسير عملية نشوء هذا الخطأ في الاتصال وقيـام المرض الشيـزوفريني، وبعض هـذه الفرضيات ترد الخطأ الى الظروف التي يعيشها الفرد في ادوار نموه والتي من طبيعتها ان تحدد من وسائل الاتصال الطبيعي بينه وبين الغير، او ان تفرض عليه وسائل غير طبيعية من الاتصال، اما الفرضيات الاخرى، فهي ترد الخطأ في الاتصال الى توفر عطل تكويني في الجهاز العصبي للفرد مما يجعل من المتعذر عليه ان يشارك في عمليات الاتصال الطبيعي مع محيطه. وفي الحالتين، فان الفرد ينمو وهو يعاني من عطل في المقدرة على الاتصال الطبيعي مع الغير ، وما يؤدي اليه ذلك من اضطراب في العـلاقة التي تـربط الفرد مع محيطه، وهو الاضطراب الذي يميز المرض الشيزوفريني بصورة واضحة. وفيما يلي خلاصة لبعض النظريات الواردة في هذا الموضوع .

نظرية سلفان

لقد وجد سلفان بان جذور المرض الشيزوفريني تنبت مما سماه: (نكبة الصلات الشخصية) بين الشيزوفريني وبين والديه، او بينه وبين أحد الأفراد الكبار في حياته ممن لهم اهمية خاصة بالنسبة له. ورأى سلفان فيما يلاحظ من ابتعاد الفرد الشيزوفريني عن الغير وعن المحيط، وانسحابه الى ذاته الداخلية، بأنه دلالة على سعيه لتجنب العلائق المؤلمة التي تربطه بالغير، والتي تنوه له دائما بالانتقاد والتهديد، وتنذره بالعجز والفشل. وقد وجد سلفان سبب الشيزوفرينيا في حالة القلق الشديد الناجم عن مثل هذا الواقع ، وهو القلق الذي يكون قاعدة لحالة من فقدان الترابط في حياته النفسية. وفي رأي سلفان ان العلاقة بين الوالدين والـطفل هي اهم مـا يمكن ان يضطرب من عـلائق الاتصال في حيـاة الفرد، وبـأن في هذا الاضطراب ما يمكن ان يؤدي الى ايذاء الطفل لتقديره لنفسه ، وهو الأمر الذي يمكن ان يحدث حالة من الفزع في نفسه ، وهو يجد في هذه العلاقة الخاطئة ما يمكن ان يحول بين الطفل وبين الوصول الى حالة من النضوج في تكوينه النفسي ، وبالتالي الى قيام حالة من التفكك في ترابطه النفسي ، وهذا هو في رأيه سبب الشيزوفرينيا .

نظرية باتيسون

وضع باتيسون وزملاؤه Pattison ، نظرية عن سبب الشيزوفرينيا مفادها ان المرض ناجم عن خطأ في الاتصال بين الفرد ومحيطه العائلي، وهو الخطأ الذي سمي : (بالربط الثنائي) Double - Bind في التعامل بين شخصين، فالفرد الذي يرتبط بعلاقة عاطفية قوية مع احد والديه (امه بصورة خاصة). فانه يجد نفسه في حالة عدم وثوق عندما يجد تناقضا بين اقوال والده (او والدته) وبين سلوكهما نحوه. وهو بحكم ارتباطه العاطفي مع هذا الوالد، فانه يتقبل التناقض على علاته ولا يحاول الاستفهام او الاحتجاج عليه لخشيته من خسارة هذه العلاقة مع والده،وهذا ما يخلق في نفسه حالة دائمة من الارتباك والتحديد في نمو الاتصال الطبيعي في البيت وفي المجتمع، وبنمو الفرد بمثل هذه الخلفية من التناقض، فان من الطبيعي ان يصبح في حالة نفسية لا تمكنه من التفريق بسهولة بين القول والفعل، وبمثل هذه الحالة من عدم الوثوق، فان الفرد لا يستطيع اقامة علائق ثابته ومتوازنة مع الغير، اضافة الى تكوين حالة من التشكك في حقيقة ما يحيط به. ومع ان الكثيرين يدركون أهمية هذه النظرية في تفسير قيام المرض الشيزوفريني، الا انه يشك في ان يكون هذا الخطأ في الاتصال بما فيه من تضارب بين الكلمة والاشارة سببا كافيا لاحداث المرض، وقد لا يكون هذا الخطأ في فعله اكثر من انه عامل مساعد على تكوين المرض في الفرد الذي تهيأ عنده الاستعداد للاصابة بالمرض،كما انه ينظر الى الوالد (او الوالدة) الذي يتعامل مع طفله بهذا الاسلوب المتضارب بين معناه ومبناه بانه والد غير طبيعي، وبان سلوكه بهذا الشكل مع طفله انما يعبر عن دلالة مرضية في ذاته،كما ان الطفل الذي يتأثر بصورة غير طبيعية بهذا التضارب يكشف ايضا عن استعداد أساسي عنده للاتجاه نحو المرض.

نظرية فروم :

تفسر فروم ـ رايخمان، المرض الشيزوفريني على اساس من التعامل الخاطىء في الصغر، وهي تقول في ذلك: «ان المريض الشيزوفريني هو فرد شكوك وكاره للغير وبصورة مؤلمة، وذلك بسبب ما تعرض له في صغره من معاناة بسبب الرفض والايذاء في تعامله مع الغير في محيطه، وخاصة مع ام لها خصائص وراثية شيزوفرينية. ومثل هذا الطفل، فانه في صراعه المبكر للابقاء على وجوده العاطفي، يبدا بتكوين حساسيته الخاصة في التعامل الشخصي، وهي الحساسية التي تظل ملازمة له طوال حياته». وتقول ايضا: «ان النكوص العاطفي الجزئي الذي يتصف به الشيزوفريني، وانسحابه من العالم الخارجي الى عالم ذاتي خاص به، بما يتصف به هذا العالم الذاتي من عمليات عقلية، وانماط من الشعور والتعبير الخاصة، فان الذي يحفزه الى ذلك هو خوفه من تكرار الرفض له، وبسبب عدم ثقته بالآخرين، وبصورة مساوية لذلك بسبب ردود فعله العدوانية الخاصة به، وهي الردود التي يكرهها، اضافة الى القلق العميق الذي تخلفه مثل هذه الكراهية».

وهنالك غير هذه النظريات عن الخطأ في الاتصال نظريات اخرى يتعلق معظمها بطبيعة العلاقة التي تصل الطفل بوالديه او بأحدهما؛ أو بطبيعة العلاقة التي تربط الوالدين الواحد بالآخر، او العلاقة التي تتميز بها العائلة بكاملها والتي يكون الطفل او الحدث شاهدا ومشاركا فيها. وسنتناول هذه النظريات في الفقرة الخاصة بالواقع العائلي للمريض الشيزوفريني.

ان من نظريات الخطأ في الاتصال ما يرد الخطأ ليس الى طبيعة العلاقة التي تربط الفرد بغيره، وانما ترده بالاساس الى خطأ في الجهاز المعني بعمليات الاتصال في الدماغ. ومن هذه النظريات نظرية:

برجمان واسكلونا Bergman and Escalona :

وطبقا لهذين العالمين، فان الطفل قد يكون حساسا جدا الى نوعية أو حدّة معينة من الاثـارات الحسية الواردة اليه من الخارج، ويمكن لهذه الحساسية البالغة ان تؤدي الى رد فعل سلوكي متضارب، وهذا بدوره قد يؤدي الى تغييرات سابقة لأوانها في عملية النمو بسبب ضرورة التقليل من هذا الاضطراب، وهذه التغييرات بدورها تؤدي الى حالة من الدمج غير المتساوي في وظائف الذات (الانا Ego)، والى انقاص مقدرة الفرد على التكيف. ان هذه النظرية تفترض اساسا لها وجود استعداد تكويني لدى المريض الذي يصاب بالشيزوفرينيا، وهو الاستعداد الذي يؤدي الى اضعاف وظائف (الأنا)، والتي تصبح غير مكتملة وغير مميزة، مما يؤدي الى اضطراب في السيـطرة وتنظيم السلوك في العـلاقات الشخصيـة وفي التكيف، وهذه هي المظاهر التي تظهر بوضوح خلال الفترة السابقة لقيام المرض.

تجارب الحياة : من النظريات التي تلاقي قبولاً، خاصة عند عامة الناس، هي التي تـربط بين المرض الشيزوفريني وبين الحوادث والتجارب الحياتية التي يتعرض لها الفرد في حياته، وهذه الحوادث والتجارب تنقسم الى فئتين؛ الفئة الجسدية من التجارب، والفئة النفسية منها، وربط المرض بأي من هاتين الفئتين من العوامل يخدم غرض اراحة الضمير من ناحية، لأن من شأن هذا الاعتقاد ان ينفي المسؤولية الوراثية عن العائلة، كما انه يقلل من المعاناة التي يمكن ان تحدث ببقاء الأسباب مجهولة، اضافة الى ان معرفة السبب من بين فئة سببية أو أخرى قد يعطي لأهل المريض الأمل بالشفاء وذلك عن طريق محاولة تلافي الاسباب التي أدت بالمرض، أو معادلة هذه الأسباب بوسائل اخرى.

من المعروف ان الكثير من حالات المرض الشيزوفريني قد تأتي على أثر حادث جسمي، من شدة على الجسم أو صدمة على الرأس او عملية جراحية، أو صيام أو امتناع عن الطعام أو حمى، أو حمل أو ولادة، غير أنه من الواضح أن جميع هذه الحوادث تعرض لاعداد كبيرة من الناس وبدون أن يؤدي ذلك الى قيام حالة من المرض الشيزوفريني. وما يلاحظ في امر الحوادث الجسمية، يلاحظ أيضا في الحوادث والتجارب النفسية التي يمكن ان تعرض للفرد. وقد يكون لحوادث الشدة النفسية، من حرمان وصراع وتغرب وانعزال وضنك حياتي وصدمات نفسية وتفريق وخوف وقلق وفشل، الأثر الكبير في تسهيل قيام المرض الشيزوفريني، غير أن فعل هذه العوامل من الارهاق لا يكوّن فعلاً أساسياً في التسبب وانما فعلاً مساعداً على ترسيب المرض، هو امر يتضح بجلاء من أن حوادث مماثلة، وربما اعظم شدة، لم تؤد الى نشوء المرض في معظم من يتعرضون لهذه التجارب، وهي الملاحظة التي توجب الافتراض بأن التجربة في حد ذاتها، سواءً كانت جسمية أو نفسية ليست بالشيء الهام في حد ذاتها، وانما الشيء الهام هو في حياة من وفي عقل من، تقع هذه التجربة.

والرأي الذي يؤخذ به الآن في تفسير دور التجارب الحياتية وفعلها في المرض الشيزوفريني، هو أن المريض الشيزوفريني يملك من طبيعته استعداداً وراثياً للاضطراب النفسي، مما يؤهله للانفعال بطريقة غير طبيعية ومرضية لظروف الحياة المرهقة سواءً كانت هذه مرهقة في تقدير الناس او مرهقة من وجهة نظره

هو. وقد قام (براون Brown ـ ١٩٧٣) ومعاونوه بابتكار طريقة لتقرير مدى فعل تجارب الحياة في ترسيب او تسبيب المرض، وقد تبين من تطبيق هذه الطريقة بأن حوادث الحياة تفعل كعامل مرسب فقط للمرض الشيزوفريني، غير انها تفعل كعامل مسبب للكآبة. وافاد (كلانسي Clancy ـ ١٩٧٣) بأن الحوادث ترسب المرض الشيزوفريني في ١٠ في المائة من الحالات بينما ترسب ٣٥ في المائة من حالات المرض المزاجي. وفي بحث تحليلي دقيق صنف (هولمبو واستروب Holmboe and Astrop ـ ١٩٥٧) فعل العوامل المرسبة للمرض الشيزوفريني في ٢٥٥ مريضا، فوجد بأن ١٩ منهم تعرضوا لصدمة نفسية شديدة وحادة، وفي ٤٩ منهم توفر الدليل على وجود صراع نفسي طويل الأمد، وفي ٢٢ منهم اتضح تعرضهم لحالات من العزلة والشقاء الاجتماعي، وفي ٣٧ منهم تبين اصابتهم بمرض جسمي بما في ذلك الولادة، وفي ١٩ منهم افيد باصابتهم بحالة من التسمم ـ وخاصة بالمواد الكحولية. ولم يظهر في البقية منهم وهم ٥١ فرداً ما يشير الى تعرضهم لتجربة حياتية معينة ومتميزة، من جسمية أو نفسية. وهكذا يبدو بأن حوادث الحياة وتجاربها في حد ذاتها لا تسبب المرض الشيزوفريني كما انها غير ضرورية حتى لترسيب جميع الحالات المرضية وكذلك لا يوجد حتى الآن اي عامل مخصص له فعل ترسيبي مؤكد او حتى محتمل، وان كانت التجارب النفسية غير الملائمة تكون اكثر هذه العوامل، وان كان يقتضي الاحتراز بالاشارة الى ان ما يبدو في الظاهر عاملاً مرسباً للحالة المرضية، ما هو في واقع الأمر الا نتيجة للاضطراب المرضي.

العوامل الاجتماعية والحضارية والاقتصادية

هناك من الآراء والاحصائيات الدراسية التي تشير الى ان مرض الشيزوفرينيا هو اكثر وقوعاً في ظروف اجتماعية او حضارية او اقتصادية معينة. وقد يستخلص القارىء من هذه البينات ما يدين مثل هذه الظروف الحياتية ويعتبرها سبباً للمرض او من أسبابه. ومع ان الواقع يثبت وجود وانتشار مرض الشيزوفرينيا في جميع المجتمعات وفي مختلف الحضارات في جميع المستويات الاقتصادية والمهنية والثقافية، الا ان الباحث لا يستطيع اغفال بعض الملاحظات عن العلاقة بين هذه العوامل وبين وقوع وانتشار مرض الشيزوفرينيا. وفيما يلي مختصر للملاحظات الهامة والواردة في هذا الموضوع.

المرض هو اكثر انتشاراً في المدن منه في الريف، وفي المدينة الكبيرة اكثر منه في المدينة الصغيرة، وفي المدينة الكبيرة تزداد نسبة وقوعه كلما كان سكن العائلة التي ينتمي اليها المريض أقرب ما يكون لوسط المدينة المزدحم بالمساكن الشعبية. والمرض اكثر وقوعاً في البيئة الصناعية منه في البيئة الزراعية، ومن بين العاملين بأعمال (نصف ماهرة) منه من العاملين بأعمال ماهرة يدوية أو فكرية. والمرض اكثر انتشاراً في المجتمعات المهاجرة الى بلد او مدينة جديدة خاصة اذا كان المجتمع المهاجر أقلية وفي ظروف اقتصادية وسكنية واجتماعية غير مناسبة وادى الى تفرق شمل العائلة او ادى الى قطع صلاتها المألوفة الى حد كبير. كما لوحظت زيادة ملموسة في المجتمعات الفقيرة، وان كان الفقر في حد ذاته لا يكون العامل العام. كما ان ارتفاع المستوى المادي للفرد لا يكون في حد ذاته مانعاً من حدوث المرض. وما عدا هذه الملاحظات والتي تتفاوت في بيناتها بين باحث وآخر في مجتمع او آخر، فان المريض يقع في كل مجتمع وكل بيئة حضارية واقتصادية، وبصرف النظر عن مستوى الذكاء أو الدين أو الجنس، كما سبق واوضحنا ذلك في موضوع وقوع وانتشار المرض.

٣ ـ الاسباب المادية

في جدلية موازية ، ومتداخلة احيانا ، لجدلية الوراثة او المحيط في تسبيب المرض الشيزوفريني ، توجد الجدلية فيما اذا كان مريض الشيزوفرينيا مسببا عن عوامل مادية في الدماغ او في الجسم وتؤثر في الدماغ ، او أن لا اساس مادى لهذا المرض . والجدل في مادية المرض او عدم ماديته هو جدل قديم ، ولعل اول من اثاره على المستوى العلمي هو الطبيب اليوناني ابقراط ، والذى رأى بأن مثل هذا المرض يرتبط بمؤثرات مادية على الدماغ ، وفسر حالة الاضطراب العقلي المشابهة للشيزوفرينيا (الملنخوليا) ، بأنها ناجمة عن وفرة في العصارة السوداء ، وتأثيرها بالتالي على الدماغ مما يخلق حالة السوداوية في المريض . ومن هذا المنطلق المادى لاسباب المرض اتجه العلاج بالضرورة الى طرق مادية تهدف الى تغيير الاخلاط والعصارات الجسمية وردها الى الحالة الطبيعية ، وذلك عن طريق الحمية والتغذية وتفريغ العصارات الزائدة بالفصد او المسهلات وغيرها من الوسائل ، وتابع الأطباء العرب في عصر النهضة العربية الفكرية وضع الأسس المادية حول الأمراض العقلية عامة ، الا ان هذه الأسس قد فقدت بعدهم في غمرة جديدة من النظريات الروحانية ـ او الشيطانية عن اسباب هذه الأمراض ، وهي النظريات التي تنفي الأساس المادى الداخلي للمرض في الدماغ او الجسم ، وتعزوه بدلا من ذلك الى فعل عوامل خارجة عن ذات المريض ولكنها تسيطر عليه وتحركه ولها ان تظل فيه او تجلو عنه ، وفي الحالتين فان المريض هو ضحية لهذه العوامل الخارجية ولا شأن لدماغه فيها .

لقد ظهرت بين الحين والاخر في العصور الوسطى والحديثة آراء تربط بين الامراض العقلية وبين تغييرات مادية تصيب الدماغ او تؤثر فيه ، وقد شجع مثل هذه الاتجاهات في الرأى النهضة العلمية الحديثة التي دفعت الى محاولة ايجاد الاسباب المادية التي تكمن وراء الامراض عامة ، وقد ذهب احد العلماء (ولهلم جرسنجر ـ ١٨٤٥) وذلك في وقت مبكر من النهضة العلمية في الطب ، الى الرأي الجرىء والقاطع بقوله « أن الامراض العقلية هي امراض دماغية » . وقد استمر الاتجاه نحو الأخذ بمادية المرض ، فأخذ به العالم كربلين Kraepelin في اواخر القرن الماضي ، والذى افترض وجود الاساس العضوي للمرض ، وكانت

حجته في ذلك تعتمد على أساس انه ما دامت جميع الظواهر والعمليات العقلية والسلوكية تتم عن طريق الجهاز العصبي المركزي وهو الدماغ ، فان جميع العمليات السلوكية والعقلية لمرض الشيزوفرينيا لا بد لها من ان تتم عبر هذا الجهاز ايضا .

وفي زمن معاصر لحياة كربلين ، ظهرت في اوروبا الحركة النفسية ، بريادة فرويد ، وتوجه اهتمام اركان هذه الحركة الى محاولة اكتشاف العوامل النفسية وراء قيام الامراض النفسية والعقلية ، وقد امتد البحث في هذه الاسباب الى المرض الشيزوفريني ، والذى اعتبره واضع هذا المصطلح (بلولر) مرضا او مجموعة حالات مسببة عن عوامل نفسية لا عضوية ،ومن الواضح ان بلولر كان في حينه متأثراً باراء فرويد. ومما تجدر الاشارة اليه هو ان فرويد نفسه لم يكن مقتنعا بتوفر مثل هذا الاساس النفسي للمرض ، كما انه لم يجد في العلاج النفسي التحليلي فائدة في علاجه ورغم تقدم الابحاث العلمية الطبية ، فإن الجدل ما زال قائما بين من يعتقد بالاساس المادى لهذا المرض ، وبين من ينفي وجود مثل هذا الاساس . ومما تجدر الاشارة اليه هو ان الكتب الطبية ومراجع الاختصاص ما زالت تضع المرض الشيزوفريني من ضمن مجموعة الأمراض العقلية المسماة بالامراض العقلية الوظيفية ، وهو تعبير يفيد بأن الاضطراب العقلي هو اضطراب غير عضوى ، وتصنيف المرض على هذا النحو له أن ينوه بأنه لا توجد حتى الآن اية بينة اكيدة تثبت الاساس المادى للمرض ، وبهذا فلا بد من اعتبار المرض (وظيفيا) الى ان يثبت غير ذلك .

*

ان النظر في مادية المرض الشيزوفرينية قد تحدد في الماضي في البحث عن آفة عضوية في الدماغ او تؤثر فيه ، وقد اقتصر ذلك على البينات بالعين المجردة او بالمجهر وببعض التحليلات المرضية ، واقتصرت معظم هذه الابحاث على المريض بعد الوفاة ، غير ان الابحاث الحديثة قد تجاوزت هذه الاساليب ، وادخلت اساليب جديدة من البحث والاختبار معظمها يجرى اثناء حياة المريض وحتى قبل وقوعه بالمرض . ومن هذا الاساليب الفحوص الشعاعية ، والفحص الشعاعي لفرسة الدماغ ، والحركة الكهربائية للدماغ ، وفحوص بايوكيمياوية وهرمونية معقدة ، واختبار فعل وتفاعلات الأدوية المعقلة ، واستعمال النظائر المشعة ، واستخدام المجاهر الالكترونية العظيمة التكبير ، وغيرها من الوسائل التقنية المتطورة . وقد تجمعت للباحثين بهذه الوسائل المختلفة حقائق عديدة ، وان كانت غير متوافقة نوعا او كما في نتائج الكثير من الباحثين . غير انه بنتيجة هذه الابحاث فقد طرأ تحول في مفهوم الأساس المادي للمرض الشيزوفريني عما كان عليه في الماضي ، وقامت الى جانب هذا المفهوم مفاهيم اخرى متعددة وقد بُنيت حول هذه المفاهيم نظريات وفرضيات متعددة ومتنوعة عن الاساس المادى للشيزوفرينيا ، ويمكن اختصار هذه النظريات في الافتراضات التالية :

١ ـ ان المرض ناجم عن تغيير عضوى نسيجي في منطقة او اكثر من مناطق الدماغ .
٢ ـ ان المرض ناجم عن خطأ بايوكيميائي في مركز أو آخر من مراكز الدماغ .
٣ ـ ان المرض ناجم عن خطأ بايوكيميائي او هرموني في الدماغ .
٤ ـ ان المرض هو نتيجة حساسية مراكز معينة في الدماغ .
٥ ـ ان المرض هو نتيجة قابلية معينة للتطبع ، مما يؤدى الى حدوث استجابات معينة عند الفرد في ظروف

معينة

ان هذه الفرضيات المختلفة ليس من شأنها فقط ان توسع من مجال الاسباب المادية ومفاهيمها ، وانما من شأنها ايضا ان تقترب من الارتباط بالفرضيات عن الاسباب المحيطية ، وقد يؤدى التزايد في هذا الاقتراب الى ازالة الحواجز التقليدية بين ما هو مادى وما هو في الظاهر محيطي او غير مادى من الاسباب ، ومتى حدث ذلك فسيصبح امرا عبثيا الاستمرار في جدلية ما هو مادي وما هو غير مادي ، وتصبح لذلك حتى التجربة النفسية تجربة مادية بالمعنى الدقيق .

ان المتتبع للبينات والنتائج العديدة لما جرى من ابحاث حول الاساس المادى لمرض الشيزوفرينيا لا بد له ان يصل الى حدود القناعة او ما يقاربها بتوفر الأسباب او الاسس المادية للمرض . غير انه سرعان ما يتضح بأن نتائج هذه الابحاث غير متوافقة تماماً بين باحث واخر ، او ان هذه النتائج لا يتكرر ظهورها في جميع انماط المرض ، وحتى في المريض الواحد بين حين واخر . ومثل هذه الملاحظات لها ان تحمل احيانا على التشكك في وجود سبب مادى للمرض ، غير ان مثل هذا التفاوت في النتائج المادية له ان يشير الى احتمالات عدة ، منها ان النتائج الحالية ما هي الا بينات فرعية ، وبأن البينات الاساسية ما زالت تحتاج الى بحث واكتشاف ، او ان المرض الشيزوفريني هو اكثر من حالة واحدة ، ويختلف بين مريض واخر ، وحتى في المريض نفسه بين دور واخر من ادوار المرض ، مما له ان يعطي مثل هذه النتائج المتفاوتة بين الباحثين .

الأساس العضوي :

ظل الانسان القديم لعصور طويلة في تاريخه يؤمن بأن الأمراض عقلية كانت أو جسمية ، انما حلت بصاحبها بفعل قوى روحانية خارقة ، وبأن أعراضها كعلاجها يتقرران بمشيئة هذه القوى وقوتها . ولم يكن هنالك محل في هذا الايمان لأي تصور بأن الأمراض ، وخاصة الأمراض العقلية ، يمكن لها ان تحدث من ذات المريض وبدون سبب خارجي . وفي فترات لاحقة في تاريخ الحضارة الانسانية بدأ بعض العلماء والفلاسفة بتأمل الموضوع وتقدموا بما يدحض الرأي السائد بروحانية وقدسية الأمراض ، ونظروا الى الكثير منها بأنها مسببة عن آفات مادية عضوية ، وكان من هؤلاء الطبيب اليوناني ابقراط الذي اتخذ من مرض الصرع نموذجاً لدعواه ، وانتقد بشدة اولئك الذين اعتبروه مرضاً مقدساً ، ووصفهم بالشعوذة والجهل والقصور عن ايجاد السبب الصحيح والذي رأى بأنه يكمن في الدماغ .

وجاء ابقراط ، ومن بعده جالينوس ، بنظرية الأخلاط ، والتي انتقلت بموجبها الأمراض والانفعالات العقلية من حيز الروحانيات الى حيز الماديات في اخلاط الدم وعصارات الجسم . ومع أن الاعتقاد (بروحانية) الأمراض العقلية لم يغب عن معتقدات الناس وممارساتهم العلاجية ، الا ان التوجه نحو تقصي ألاسباب المادية او العضوية لها ظل يعاود الظهور بين حين وآخر عبر العصور اللاحقة ، غير انه اتخذ منزلة ثانوية بالنسبة للتسبب الروحاني لهذه الأمراض ، وهو الاعتقاد الذي ظل مسيطراً على التفكير الانساني عبر العصور الطويلة ، خاصة في العصور الوسطى وحتى زمن ليس ببعيد في عصورنا الحديثة .

لقد اتجه التأمل في الأسباب العضوية للأمراض العقلية بما في ذلك مرض الشيزوفرينيا الى عدة افتراضات ، منها ان المرض ينجم عن اصابة او ضرر في منطقة او اخرى من مناطق الدماغ مما يؤثر في بنية

هذه المنطقة وحالتها النسيجية العصبية. والافتراض الثاني هو أن الوظائف الفيزيويولوجية العصبية لبعض مناطق الدماغ تنحرف عن مجراها الطبيعي مما يؤدي الى الاختلال في وظائف الدماغ ككل. هذا لا يقتضي لمثل هذا الاضطراب الوظيفي ان يصاحبه او ان يستند على تغيير فسلجي مادي منظور في منطقة او اخرى من مناطق الدماغ، والافتراض الثالث يقوم على اساس من التغيير في الوضع الكيمياوي للدماغ وذلك بنتيجة العمليات الكيمياوية المختلفة التي يقوم بها الدماغ والتي يمكن لها ان تضطرب لسبب ما، مما يؤدي الى خلل في العمليات العصبية والعقلية. والافتراض الرابع هو أن مادة ما تتسرب للجسم ومنه للدماغ وتؤدي الى الاضرار بعملياته الوظيفية، واخيراً هنالك الفرضية بأن وظائف الدماغ قد تختل بسبب نقص ما في مادة اساسية او اكثر من المواد التي تتوفر فيه عادة بشكل وبقدر طبيعي، مما قد يؤدي الى عجزه عن القيام بوظائفه المعتادة بشكل طبيعي. ومع تعدد هذه الافتراضات واتساع شمولها، الا انه يمكن القول بأنه لم يتبين حتى الآن ما يؤكد بصورة قاطعة ارتباط اي من هذه العوامل السببية بالمرض العقلي الشيزوفريني. وجميع البينات المتوفرة من البحوث المختلفة والتي لها ان تبرهن على مثل هذا الارتباط، اما انها غير متوفرة في حالات مرضية شيزوفرينية اخرى، او ان لهذه البينات ما يناقضها او يعارضها من نتائج وبينات وبحوث اخرى. وفيما يلي نستعرض باختصار النظريات والبينات المختلفة التي تنوه بالاساس العضوي لمرض الشيزوفرينيا. ويمكن القول مقدماً بأن هذه النظريات والبينات لم تفض حتى الآن الى نتائج ثابتة يمكن الاعتماد عليها، وبهذا تظل الاسباب العضوية للمرض، حالها حال الأسباب النفسية، مجرد فرضيات، تبدو مقنعة احياناً، ولكنها ما زالت تتطلب البرهان القاطع على صحتها.

١ - **التغيير النسيجي**: لقد افترض ابقراط بأن (الصرع) ليس بالمرض (المقدس) كما ادعى من سبقه ومن زامنوه، وانما هو مرض عضوي في الدماغ ويجب ان يبحث عن اسبابه فيه. وافترض ولهلهم كرايسنجر Griesinger (١٨٤٥) بعده بأكثر من الفي عام بأن الأمراض العقلية هي امراض دماغية، وبمثل هذه النظرة العضوية المادية، اتجه العلماء في القرن التاسع عشر وفي القرن العشرين الى البحث عن الاسباب العضوية للأمراض، بما في ذلك مرض الشيزوفرينيا. وكان كربلاين Kraepelin (١٩٠٤) هو اول من افترض الاساس العضوي لهذا المرض في العصر الحديث، وكانت حجته في ذلك، وهي الحجة التي يؤخذ بها في الوقت الحاضر ايضاً، بأنه ما دامت جميع الظواهر والعمليات العقلية والسلوكية تتم عن طريق الجهاز العصبي المركزي (الدماغ)، فان المظاهر والعمليات السلوكية والعقلية للمرض الشيزوفريني لا بد لها من ان تتم عبر هذا الجهاز ايضا. وباستمرارية الحماس الى التسبب العضوي للأمراض، وبتأثير فرضيات كربلاين، فقد توالى البحث لأثبات او نفي وجود التغيير العضوي في الدماغ. وقد تمت معظم الابحاث في البداية على ادمغة المرضى بعد وفاتهم، وفي وقت لاحق على عينات وشرائح عصبية صغيرة (بايوبسي Biopsy) اثناء الحياة من ادمغة المرضى، او عن طريق فحوص تشخيصية مختصة بالدماغ مثل فحوص الرسم الهوائي للدماغ والبطون الدماغية، ورسم الشرايين الدماغية، وتخطيط الدماغ، والمفرسة الدماغية وفحص الصدى وغيرها من الفحوص المختبرية. وفي الادوار الأولى من التحري عن الاساس العضوي اكتشف الباحثون بعض الفروق الهامة في نسيج الدماغ بين منطقة او اخرى من ادمغة المصابين بالمرض الشيزوفريني، غير انه تبين فيما بعد بأن ما اكتشف لم يكن مسبباً عن المرض، وانما نتيجة لوجود المرض، وما قد يؤدي اليه هذا الوجود من تغيير في الجهاز العصبي بسبب ما يطرأ على المريض من

تحولات في طريقة حياته وردود فعله للمتغيرات في محيطه . وبالرغم من فشل البحوث السابقة في ايجاد تغيير نسيجي معين ومحدد في دماغ المصاب بالشيزوفرينيا يمكن الاستدلال منه عن اسباب المرض ومكانه في الدماغ ، الا أن هنالك في السنوات الأخيرة تنشيطاً جديداً للبحث في هذا المجال ، وخاصة لتوافر وسائل مختبرية اكثر دقة ويمكن استعمالها اثناء حياة المريض وفي ادوار مختلفة من مرضه . ومع كثرة الابحاث في هذا الموضوع الا انه يمكن القول بأنه لا توجد حتى الآن بينات محددة ومتوافقة عن تغير نسيجي في الدماغ للمصابين بالمرض ، غير ان هذا النفي ما زال يؤكد الحاجة الى أبحاث اضافية في هذا المجال . ومما يجدر ذكره في هذا الموضوع ، هو ان معظم الابحاث قد افادت بوجود توسع في بطون الدماغ للمريض المصاب بالشيزوفرينيا ، وبأن هنالك الكثير من المرضى الذين تظهر فحوص رسم الدماغ بأن هناك بعض الضمور في ادمغتهم . ومن البينات الاخرى ما يشير الى وجود تغيير عضوي في الجهاز الحافي limbic sysltem وفي الجزء الداخلي من المنطقة (الصدغية Temporal) في الدماغ . وبعض هذه البينات هي فرضية ومبنية على اساس التشابه بين الاعراض العقلية التي تحدث للفرد بسبب الآفات العضوية او ضرر الشدة في هذه المناطق وبين اعراض مرض الشيزوفرينيا ، وبعضها استنتج من التشابه بين اعراض الشيزوفرينيا واعراض الصرع الصدغي (السايكوموتور) والذي ينشأ بسبب اضطراب هذه المنطقة الصدغية من الدماغ . هذا وهنالك فرضيات اخرى عن تغيير عضوي نسيجي في مناطق اخرى من الدماغ منها الجهاز الشبكي Re-ticular System والنواة الذيلية Caudate nucleus، وان كان لا يتوفر حتى الآن الدليل الحاسم والمنظور عن التغيير العضوي فيها . غير ان هنالك من البينات الأخرى التي تفيد بوجود اضطراب في وظيفة هذه المناطق العصبية ، يمكن ان يشير الى احتمال كبير بوجود تغير نسيجي دقيق في هذه المناطق مما يحتاج الى وسائل للبحوث اكثر دقة مما يتوفر لدينا حتى الآن للكشف عنه .

ولعل من اهم مصادر التنويه باحتمال توفر ضرر دماغي في المصابين بالمرض الشيزوفريني ، يأتي من الدراسات والأبحاث على التوائم المتشابهة ممن اصيب احد التوأمين بالمرض الشيزوفريني وسلم الشقيق الآخر من الوقوع في المرض ، وقد افادت هذه الدراسات بأن الاشقاء الذين يصابون بالمرض يظهرون التجارب التالية في تاريخهم السابق للمرض ، فهم اكثر اصابة بأمراض الجهاز العصبي ، ومشاكل الولادة وعسرها ، واختناقات الولادة ، كما وجد بأنهم اقل وزناً واكثر ضعفاً من اشقائهم الذين ظلوا اصحاء وسلموا من المرض الشيزوفريني ، كما لوحظ بأن الاطفال الذين يتجهون نحو الشيزوفرينيا تتوفر عندهم اعراض عصبية عديدة ومن النوع المعروف بالأعراض العصبية اللينة مثل اضطرابات النطق ، وحركة المشي ، واضطراب في المقدرة على توازن الحركة ، والحركة الزائدة ، وضعف في المقدرة على التركيز ، وهذه الاعراض وغيرها اتخذت دليلاً على وجود اساس من التغيير العضوي في جزء أو آخر من أجزاء الدماغ . ومع توفر هذه البينات ، فإن الباحثين والمفسرين لها لا يدَّعون بأنها السبب الاساسي في وجود المرض الشيزوفريني ، وانما يعتبرونها عاملاً مساعداً يسهل ظهور المرض فيمن توفر لديهم الاستعداد الوراثي للاصابة به . ومما تجدر الاشارة اليه هو ان الاهتمام قد توجه في السنوات الأخيرة الى منطقة صغيرة في الدماغ ، والى افتراض كونها مركزاً للاضطراب الذي يكمن وراء المرض الشيزوفريني ، وهذه هي المنطقة المعروفة بـ (نواة أكيومبانز nucl. Accumbans) .

النظرية الكيمياوية للشيزوفرينيا : يمكن لنا ان ننظر الى البحث عن الاساس الكيمياوي للشيزوفرينيا بأنه امتداد وشبيه للافتراض القديم ـ اليوناني والعربي ـ بان المرض ناجم عن اضطراب في التكوين الطبيعي لأخلاط الجسم وعصاراته، فالافتراض القديم والافتراض الحديث يتساويان من حيث مبدأ الفعل ومكانه ونتائجه وطريقة حسمه، وان كان هنالك اختلاف من حيث التفاصيل، في تركيب وماهية المواد المؤثرة ومكان وطريقة فعلها. وفي العصر الحديث، وحتى قبل ان يتوجه الاهتمام الى البحث عن امكانية توفر خطأ كيمياوي عصبي في هذا المرض، فان الملاحظة قد تواترت من ان المواد الكيمياوية قادرة على احداث تغييرات عقلية في الفرد الاعتيادي، كما ان بعض هذه المواد لها القابلية لازالة بعض اعراض الاضطراب العقلي في المضطربين عقلياً، ومنذ ادراك هذه الحقائق والابحاث جارية سعياً وراء اكتشاف الأساس الكيمياوي لهذا المرض. وبالرغم من تعدد واتساع ودقة الابحاث في هذا الموضوع، وبالرغم من كثرة البينات والشواهد على الأخطاء الكيمياوية العصبية في هذا المرض، الا انه يمكن القول باختصار بأنه لا تتوفر حتى الآن الأدلة القاطعة على وجود خطأ او اخطاء كيمياوية عصبية يمكن اثبات وجودها في المريض بالشيزوفرينيا بصورة أكيدة، ومع ذلك فان هنالك فرضيات عديدة بهذا الشأن، وهي فرضيات لا يمكن اهمالها حتى ولو لم يتم اثباتها حتى الآن، وهي بدون شك تلقي ضوءاً على هذا المرض لا يمكن اغفاله. وقد يكون في متابعة هذه الافتراضات ما يؤدي في النهاية الى جلاء الغموض عن الاسباب الخفية لهذا المرض الهام والمبهم. وفيما يلي سنستعرض باختصار اتجاهات الابحاث الحديثة في هذا الموضوع؛ وما تمخض عنها من نتائج وافتراضات. وخشية التسرع في تقدير هذه النتائج والتسليم بالفرضيات الناجمة عنها، فانا نلخص فيما يلي حصيلة هذه النتائج بشكل عام، وهذه الحصيلة هي: (أولاً) لم يثبت حتى الآن وجود نقص أو خلل كيمياوي عصبي معين ومخصص في المرضى المصابين بمرض الشيزوفرينيا اما قبل الوقوع في المرض او اثناء الوقوع فيه وفي ادواره الحادة او المزمنة. (ثانياً): هنالك بعض البينات عن اخطاء كيمياوية عصبية في الدماغ تبرر الافتراض باحتمال وجود خطأ كيمياوي عصبي في المريض الشيزوفريني. (ثالثاً): ان من المتعذر حتى الآن اثبات فيما اذا كانت الاخطاء الكيمياوية العصبية المتوفرة هي السبب الاساسي للمرض وبأنها قائمة قبل قيام المرض، او انها لا تتعدى كونها نتيجة قيام الحالة المرضية، او اذا كانت هذه التغيرات الكيمياوية هي تغيرات أولية واساسية، او انها تمثل حلقة وسطى أو نهائية من عمليات التغير الكيمياوي. وبانتظار التوصل الى نتائج حاسمة حول مختلف هذه القضايا فانا نلخص فيما يلي الفرضيات الهامة حول هذا الموضوع. وتسهيلاً لمتابعة النواحي العلمية من هذه الفرضيات قد يكون من الضروري اعطاء القارىء صورة مختصرة عن التكوين العصبي للدماغ.

يتكون دماغ الانسان من عدد كبير من الخلايا العصبية يتراوح تقديرها بين ١٥ و٣٠ بليون خلية، اضافة الى اعداد اخرى كبيرة من الخلايا المساعدة. ومع ان هذه الخلايا منتشرة في جميع انحاء الدماغ، الا انها تتجمع في مجموعات او طبقات تعطي الدماغ نوعاً من التوزيع الطوبغرافي الى مناطق ومراكز معينة. وتتكون الخلية العصبية النموذجية في الدماغ من جسم بروتوبلازمي يحيط به غلاف غشائي، ويتوسط الخلية نواة، وينتشر في جسم الخلية عدد من الجسيمات الصغيرة المتفاوتة الاحجام، كما يتشعب من جسم الخلية مجموعة من الفروع القصيرة كالأغصان والتي تسمى (دندرايت Dendrites)، غير ان من هذه الفروع ساقا واحدا طويلا ممتدا يسمى (اكسون Axone). أو محور العصب، ويتفرع من هذا الساق بين

مسافة واخرى فرع صغير يتجه نحو جسم خلية أو اخرى من الخلايا العصبية او احد فروعها (الدندرايت) ليقيم صلة معها. وتسمى نقطة الاتصال بين فرع الساق للخلية وبين فرع الدندرايت من جسم خلية اخرى بنقطة الاتصال (ساينبس Synapse)، وتسمى نهاية فرع الأكسون بـ (النهاية السابقة للاتصال - Presyneptic terminal)، أما نهاية فرع الدندرايت فتسمى (النقطة التالية للاتصال Post - Synaptic terminal)، أما الفجوة القائمة بين النقطتين (نهاية الأكسون، ونهاية الدندرايت)، فتسمى الفجوة او الشق cleft). وتفيد الابحاث المجهرية الدقيقة بان كل خلية عصبية تتصل بمجموعة كبيرة من الخلايا العصبية قد تبلغ الآلاف من الخلايا، وقد تمتد هذه الصلات الى مناطق مختلفة وبعيدة في الدماغ، ثم ان الخلية الدماغية العصبية الواحدة تستلم أيضاً المؤثرات العصبية من الاف الخلايا القريبة او البعيدة، وذلك عن طريق نقاط الاتصال المتوفرة في غشاء الخلية، او عن طريق نقاط الاتصال في الفروع والاغصان المتفرعة من جسم الخلية. وتوالي الاثارات العصبية الى جسم الخلية يحدث فيها تغيرات في طاقتها الكيمياوية الكهربائية، وقد تظل هذه التغيرات كامنة في الخلية، غير انها اذا وصلت حدا معينا من القوة، ادى ذلك الى انتفاض الخلية بشحنة كيمياوية كهربائية تعبر غشاء جسم الخلية وتسري في فرع الساق الطويل (اكسون) ومنه تنتشر عبر نقاط الاتصال الى خلية اخرى، وبهذا يتم الاتصال الوظيفي بين خلية واخرى او اكثر. وقد كان يظن في الماضي ان الاتصال العصبي ونقل المعلومات بين خلية واخرى من الخلايا العصبية لا بد ان يتم عن طريق التماس المباشر بين نهايات خلية واحدة وجسم او فروع خلية اخرى أو أكثر، غير ان هذا الرأي قد تبدل الآن فقد افادت الابحاث الفسيولوجية والكيمياوية على الدماغ بأن عملية نقل المعلومات والاثارات العصبية بين خلية وأخرى تتم بواسطة مواد كيمياوية خاصة بهذا الفعل وتسمى (بالمرسلات أو الناقلات العصبية Neuro transmitters)، وبدون هذه المواد يتعذر نقل المعلومات العصبية من خلية الى اخرى، وبأن التماس الفعلي لا يحدث بين خلية واخرى. واضافة الى هذه المواد الناقلة للمعلومات العصبية، فان هنالك مواد كيمياوية اخرى مهمتها تنظيم عمليات النقل العصبي، وتسمى هذه المواد بالمنظمات العصبية neuromodulators، وافادت الابحاث حتى الآن بتوفر ما لا يقل عن اربعين مادة كيمياوية عصبية تقوم بمهام الارسال او التنظيم للنقل العصبي بين خلايا الدماغ،وقد تكون هنالك المئات من هذه المواد والتي لم تكتشف حتى الآن. ومع ان من الثابت علميا هو ان المرسلات العصبية تقوم بعملية نقل الرسائل العصبية بين الخلايا الا ان المعلومات عن طبيعة ووظيفة المنظمات العصبية ما زالت غير واضحة أو أكيدة حتى الآن. وهنالك من يعتقد بأن مهمتها هي تنظم مستوى النشاط العصبي في الخلية، وهنالك من يعطيها وظيفة التأثير على عملية صنع وتصريف المرسلات العصبية، وبعض الباحثين يرون ان لها فعل التحكم بعملية تنشيط او تثبيط فعالية المواد العصبية المرسلة، على انه مهما اختلفت هذه النظريات، فان الحقيقة المتفق عليها هو ان النقل العصبي بين الخلايا لا يتم الا عن طريق هذه الناقلات العصبية.

إن الأبحاث عن فعل العوامل الكيمياوية في تسبب الشيزوفرينيا قد اتجهت في معظمها الى ثلاث مركبات كيمياوية من المواد المسماة بالمرسلات او الناقلات العصبية والموجودة بشكل طبيعي في الدماغ، وهذه المركبات تنتمي الى مجموعة كيمياوية تعرف باسم (المونامينات monamines) أو (الأمينات Amines) اختصاراً. لأن كل مركب منها يحتوي في نهاية تركيبه على مادة (الأمينو Amino)، وهذه

المركبات الأمينية الثلاث هي : ١) دوبـامين Dopamine و ٢) نورادرينلين Noradrenaline و ٣) سيرتونين Sertonine، والمركبان الأولان بينهما شبه كيمياوي اعظم، وينتميان الى مجموعة المركبات التي يطلق عليها مركبات (الكاتي كولامين Catecholamines، بينما المركب الثالث (سيرتونين) فيعتبر من مجموعة المركبات (الأندول امينية Indoleamines)، غير ان جميع هذه المركبات الأمينية تحضر في الخلية العصبية الدماغية بشكل طبيعي وذلك بنتيجة فعل الانزيمات الموجودة في الخلية العصبية على الحوامض الأمينية التي تمتصها الخلية العصبية من الدورة الدموية، فالمركبان الأولان (دوبامين ونورادرنلين) يحضران من فعل الأنزيمات الخلوية على الحامض الأميني تايروسين Tyrosine عبر عدة تفاعلات كيمياوية؛ بينما يحضر مركب السيرتونين بنتيجة تفاعل الأنزيمات في الخلية مع الحامض الأميني تربتوفان Tryptophan، وهي ايضاً عملية تتم عبر عدة ادوار من التفاعل الكيمياوي.

ان مما جلب الانتباه الى امكانية فعل هذه المواد الكيمياوية المرسلة في تسبيب المرض الشيزوفريني قد جاء الى حد ما من الملاحظة السريرية من ان علاج الشيزوفرينيا بمركبات الفينوثايزين يؤدي في الكثير من الحالات الى الحالة المسماة بالتصلب الارتجافي (الباركنسون)، ومقارنة هذه الملاحظة بملاحظة اخرى، وهي ان علاج الباركنسون يتم الى حد ما بتناول مركب من المركبات الدوبامينية (ل ـ دوبا L-dopa). وهكذا نشأ الافتراض بأن العنصر المشترك بين حالتي الشيزوفرينيا ومرض الباركنسون، هو مادة الدوبامين، والتي تقل في مرض الباركنسون، وعلى العكس تزيد، او تزيد فعاليتها، في مرض الشيزوفرينيا. ومن هذا المنطق في التفسير قامت عدة فرضيات وعدة اتجاهات من البحث لأثباتها، ومما حث على متابعة هذا الافتراض هو الملاحظة بأن تناول مركب الامفيتامين (الدكسدرين) ومشتقاته مثل (ريتالين Ritalin)، وهي مواد منشطة عصبيا، قد يسبب في بعض المتناولين لها اعراضاً من الاضطراب العقلي قريبة الشبه بأعراض الشيزوفرينيا، اضافة الى الشبه في التركيب الكيمياوي بين هذا المركب ومركبات الكاتي كولامين، وفيما يلي خلاصة للموقف العلمي الحالي لهذه الفرضيات.

نظريات (كيمياوية) اخرى : اتجهت بعض الابحاث الكيمياوية الى الانزيمات الدماغية وامكانية فعلها في مرض الشيزوفرينيا وخاصة تلك الانزيمات التي يعتقد بانها ذات علاقة تنظيمية بتحضير او ابطال مفعول المواد العصبية المرسلة وخاصة الدوبامين. ومن الانزيمات العصبية التي يفترض بعض الباحثين بان لها علاقة مباشرة بمرض الشيزوفرينيا هي الانزايم المسمى د ب هـ D B H أو (دوبامين بيتا هايدروكسايد)، والذي يظن بان فعاليته تنقص في المرض الشيزوفريني. والانزايم الثاني هو (M A O ـ مونامين اوكسديز)، والذي تفيد بعض الابحاث بان مقاديره تقل عن المعتاد في المرضى المصابين في الشيزوفرينيا وبان لذلك اثره في رفع مستوى الدوبامين. واهمية هذه الملاحظة تكمن في ان فعالية هذا الانزايم يجري التحكم بها بعوامل وراثية. وهكذا فإن هنالك امكانية الاستفادة من هذه المظاهر في الكشف عن الاستعداد الوراثي للمرض. وقد جرت بالفعل بحوث عديدة لتقرير مستويات هذا الانزايم في «اللوائح الدموية Blood Platelets، غير أن هذه المستويات لم تتوافق في التساوي في جميع المرضى وجميع حالات المرض.

وهنالك نظرية كيماوية اخرى تربط بين استقلاب (ميتابولزم) الكلوكوز في الدماغ وبين الشيزوفرينيا. والافتراض الذي يتابعه العلماء هو ان مرض الشيزوفرينيا قد يكون مسبباً عن نقص في

مقدرة المريض على الاستفادة من الطاقة المتوفرة عند قيام ضرورة الاستجابة لملاقاة ظروف الأرهاق والشدة، وذلك بسبب وجود خطأ في الادوار الوسطى من عملية استقلاب الكلوكوز في الدماغ . والمعتقد هو ان هنالك خطأ في مصل دم المريض الشيزوفريني، مما يؤدي الى انتاج غير طبيعي لمادة البايروفيت Pyruvate . وفي بحوث اخرى تبين بأن مصل دم المريض الشيزوفريني تنقصه المقدرة الكافية لعملية تأكسد الكلوكوز بالمقارنة مع دم الفرد الاعتيادي .

ومن النظريات الكيمياوية الاخرى الأقل شاناً، ما بني على الملاحظة بأن عنصر النحاس يزيد في دم المصاب بمرض الشيزوفرينيا، وبان معظم النحاس في مصل الدم يوجد على شكل سيريولو . بلازمين Ceruloplasmin ، غير انه اكتشف فيما بعد بأن زيادة هذه المادة في الدم ناجم عن نقص في حامض الأسكوربيك Ascorbic acid ، والناجم عن سوء التغذية، غير انه وجد بان لهذا الحامض اهميته في عملية اكسدة الأبنفرين في مصل الدم، مما قد يكون له فعله في مرض الشيزوفرينيا .

ـ المهلوسات :

الافتراض بان الاضطراب العقلي بمظاهره المختلفة قد يحدث بسبب مادة خارجية مؤذية في فعلها على الدماغ هو افتراض قديم، فابقراط وجالينوس وغيرهما من الاطباء القدامى في الحضارات اليونانية والرومانية والعربية كلهم افترضوا مثل هذا الامر وبان الفرد قد يتناول مادة في طعامه او شرابه من شأنها ان لا تتوافق مع وظائف دماغه وان تؤدي بسبب ذلك الى اختلاطات عقلية ومزاجية، وبسبب هذا الافتراض كان من المنطقي معالجة مثل هذه الحالات بالحمية والتقيوء والمسهلات والفصد، وتناول المضادات لها من الطعام والشراب. والى جانب مثل هذه الفرضية السببية فقد أدرك القدامى بان مواد معينة من مصادر خارجية، وخاصة عصارات النباتات والثمار (الخمرة)، قد تكون لها آثارها على الحالة النفسية والعقلية لمن يتناولها. وتدل البينات التاريخية ان بعض هذه المواد قد شاع ستعمالها لتحقيق هذه الغايات النفسية والعقلية في نفس من يتناولها ولو في مناسبات خاصة، كالاحتفالات والطقوس الدينية وفي ظروف اخرى. ومن المعروف ان المواد الكحولية من مصدر او آخر كانت اقدم او من اقدم هذه المواد، وفي وقت لاحق (منذ ما يزيد على اربعة الاف عام) بدأ استعمالات المستحضرات القنابية (ومنها الحشيشة)، وتلا ذلك استعمال بعض المستحضرات النباتية من مصادر مختلفة كالصبير والفطر (المشروم) وغيرهما والذي يستخلص من الدراسات والملاحظات على مستعملي هذه المستحضرات،خاصة الاخيرة منها، يفيد بانها تحدث في اصحابها تغييرا مزاجيا وعقليا وحسيا عما هو مألوف. ومن مظاهر هذا التغيير شعور الفرد بالانعتاق والانطلاق والتجاوب الجماعي مع تغير في طبيعة الوعي مما يجعله اكثر اتساعا في مداه وافقه وعمقه، اما الاحاسيس فهنالك تغيير في حس الزمن،كما ان الاحاسيس ذاتها تزداد حدة ووهجا وتتبادل مع بعضها بعضا، مثال ذلك ان يسمع الانسان المنظور ويرى الصوت المسموع مما لا مثيل له في التجربة الطبيعية للفرد. ومن المستحضرات التي استعملت لقرون عديدة مستحضر يتوفر في أثمار الصبير والذي يعرف اصلا باسم مسكال Mescal او بيوت Peyote،ويتوفر هذا الصبير في بلاد المكسيك وفي ما جاورها من بلدان امريكا اللاتينية وجنوبي الولايات المتحدة. ومن هذه المواد ايضا مستحضر (بسيلوسايبين Psilocybin) والذي يتوفر في نوع من الفطر في المكسيك ويسمى (بالفطر المقدس) والمعروف بان هذين

المستحضرين قد استعملا منذ قرون طويلة من قبل السكان الاصليين لهذه المناطق من العالم خاصة في المناسبات الدينية، وظل السكان المهاجرون يتناقلون استعمالها حتى الآن. ومن الملاحظات الجديرة بالذكر ان بعض الرسوم التي يرسمها الفنانون وهم تحت تأثير هذه المواد تحمل شبها كبيرا بالرسوم التي يرسمها بعض المصابين بالمرض الشيزوفريني. وقد عززت هذه الملاحظة الافتراض بان مرض الشيزوفرينيا قد يكون ناجما عن فعل مادة (مهلوسة) مشابهة يتناولها الانسان خطأ في غذائه او شرابه او يتم تركيبها بنتيجة تفاعلات كيمياوية غير طبيعية في جسمه. هذا وقد تم تحضير مادة المسكال في المختبر قبل حوالي اربعين عاما وسميت بـ (المسكالين mescaline) واجريت عليها تجارب عديدة من قبل عدد كبير من الباحثين اما باعطائها للمتطوعين للدراسة او بتناولها من الباحثين انفسهم، ولعل من ابرز من تناول هذه المادة لتجربة فعلها هو الكاتب المشهور هكسلي والذي دون تجربته الذاتية في كتابه (ما وراء حدود الوعي) والذي اوضح فيه بان هذه المادة توسع من افق وعمق الوعي للفرد الذي يتناولها والى الحدود التي لا يستطيع الوصول اليها في حياته الاعتيادية. وقد كان لكتاب هكسلي اثر كبير في تشجيع استعمال هذه المادة ومثيلاتها من (موسعات العقل) كما تسمى أحيانا.

ومن المستحضرات المهلوسة التي استرعت اهتماما عظيما مع ما صاحب ذلك من سوء الاستعمال المادة المعروفة بـ (ل س د ـ ٢٥ LSD 25) وهي مادة كيمياوية من مجموعة مركبات استحضرت من نوع من الفطريات (ارجوت Ergot) والذي يصيب نبات الشيلم وبعض الاعشاب، وقد تناول هوفمان، وهو محضر هذه المادة كيمياويا في المختبر المركب الذي حضره والذي صدف انه المركب الخامس والعشرون من مجموعة هذه المركبات الكيمياوية الفطرية، ونتيجة ذلك فقد مر هوفمان (وكان عندئذ كبير كيميائيين شركة هوفمان ـ روش السويسرية المشهورة) بتجربة فريدة دون وقائعها كما يلي اثناء معاناته لاعراضها:

«الدوار، اختلال البصر، لقد بدت وجوه الذين حولي بصورة فظيعة وكأنها اقنعة ملونة. لقد عانيت حالة من عدم الاستقرار في حركتي، وتلا ذلك احساس بالشلل، مع شعور متقطع لنوبات من الشعور بالثقل في رأسي واطراف جسدي وكأنها امتلأت بالرصاص.. وشعرت احيانا وكأنني أفلت من جسدي.. وبدا كل شيء يتمايل امامي، كما بدت الاشياء غير متناسبة بعضها مع بعض وكأنها انعكاسات على ماء متحرك.. كما انها ظهرت بالوان دائمة التبدل، غير ان اللون الغالب عليها كان اللونين الاخضر والزرق.. وغمرتني خيالات عجيبة، فلاحظت بان الاصوات قد تحولت الى احاسيس بصرية فكان لكل صوت ونغم لون او صورة مرئية تتناسب مع الصوت وتتغير بتغيره لونا وشكلا».

ومنذ ان نشر هوفمان وقائع تجربته الخاصة اصبحت مادة (ل س د) من اكثر المواد الكيمياوية استعمالا للاختبار العلمي والتجارب الانسانية. كما انها اصبحت من اكثر المواد الكيمياوية عرضة لسوء الاستعمال وخاصة من قبل الجيل الناشىء في البلدان الغربية وبوجه خاص الولايات المتحدة. والذي ساعد على هذا الانتشار ما انتشر من خبر هذه المادة الكيمياوية ومن انها تعطي المتناول لها الشعور بان افق وعيه قد اتسع وبان وعيه لذاته وللعالم حوله قد تغير اضافة للأحاسيس الغريبة التي يحس بها والتي لا مثيل لها في واقع الحياة، ولما تحدثه في نفسه من شعور بالانطلاق والفرح والاختلاق مما دفع الى اصطلاح الوصف بـ (الرحلة) لمثل هذه الحالة وتجربة صاحبها لها. ومن الامور التي ساعدت على انتشار استعمال هذه المادة

ومثيلاتها من العقاقير المهلوسة، موجة التسامح والتحلل التي غمرت المجتمع الغربي في الستينات من هذا القرن، وهي الموجة التي انحسرت كثيرا في الوقت الحاضر وتراجع معها استعمال هذه المواد اما تلقائيا او بنتيجة القيود الصارمة على صنعها وتداولها والمتاجرة بها.

ان الاعراض التي تحدث في من يتناول هذه المواد المهلوسة تختلف بين فرد وآخر تبعا للفروق النفسية بين متناوليها. كما ان هذه الاعراض تتفاوت شدة ونوعا تبعا للمقادير التي يتناولها الفرد والمدة الزمنية التي يواظب فيها على استعمالها. وتسمى هذه المواد بالمواد (المهلوسة Hallucinogens) بسبب ما تحدثه من احاسيس لا مثيل لها في الواقع وكأنها هلاوس حسية. وتسمى ايضا بالعقاقير (الموضحة للنفس Psychodelic) لما تحدثه من توسيع في افق الوعي وايضاحه وارهاف للشعور. كما تسمى ايضا بـ (مقلدات النفس - او العقل Psychomimics) لأن الاعراض التي يحس بها المتعاطي لها او تظهر عليه تشبه الى حد كبير أعراض الاضطراب العقلي. وهذه الاعراض من حسية وعقلية هي التي جلبت الانتباه ودفعت الى افتراض امكانية وجود اساس مماثل للامراض العقلية وخاصة الشيزوفرينيا وبان له نفس طريقة الاحداث للاضطراب العقلي. ومع ان الصورة العقلية الناجمة عن هذه المهلوسات لا تتطابق مع صور المرض الشيزوفريني ذلك ان الذي يتناولها يظل صافي الذهن والوعي ويستطيع وصف تجربته الحسية بدقة، الا ان هنالك شبها غير طفيف بين اعراض هذه المهلوسات وبين اعراض الشيزوفرينيا في الحالات الحادة من المرض. كما ان هنالك شبها مماثلا بين اعراض الاستعمال الطويل لهذه المواد وبين بعض اعراض المرض الشيزوفريني المزمن. ولعل مما ساعد على الأمعان في تأمل هذه المواد وامكانية علاقتها - ولو من حيث طبيعة الفعل - بالمرض الشيزوفريني هو ان التركيب الكيمياوي لمادة (ل س د) يشبه الى حد ما تركيب مادة (النورادرينلين) noradrenaline وهي احدى المواد المعروفة بـ (الكاتي كولامينيز catecholamines وهي المواد العصبية المرسلة في الدماغ والتي يعتقد بان عملية استقلابها المضطربة (متابولزم) في الدماغ قد يكون اساسا للمرض. هذا وليس هنالك اية بينة عن وجود مثل هذه المواد التي ذكرناها من المهلوسات في الجسم الانساني او انها تؤخذ من مصادر خارجية وباية صورة من قبل المصابين بالشيزوفرينيا، غير ان هذا الواقع لا يمنع ان تكون هنالك مواد اخرى مشابهة لهذه المواد وتتوفر في الجسم بصورة ما وبأن لها فعل مثل هذه المواد المهلوسة. ومع اننا لا نعلم تماما حتى الان ما هي هذه المواد او طريقة فعلها او المنطقة الدماغية التي يقع عليها هذا الفعل فان هنالك بعض البينات بان هذه المواد تحدث فعلها على الخلايا العصبية التي تحوي مادة السيرتونين Sertonine وهي مادة من مركبات اندولامين Indoleamines والتي تقوم بوظيفة الارسال العصبي بين خلايا الدماغ. واكثر ما تتركز فيه هذه الخلايا الحاوية للسيرتونين هو في ساق الدماغ Brain stem غير ان الخيوط العصبية لهذه الخلايا تنتشر في جميع انحاء الدماغ. وما تفيد به الابحاث حتى الآن هو ان النظام العصبي الذي يتألف من هذه الخلايا وتفرعاتها في الدماغ هو نظام له علاقة كبيرة بعمليات النوم والمزاج وبعملية تصفية وفرز المعلومات الحسية التي ترد الى الدماغ وتتحكم فيها. وهنالك افتراض عند بعض الباحثين بان اضطرابا في عمليات هذا الجزء من انظمة الدماغ بسبب فعل مادة - مهلوسة - او شبيهة لها يحدث الاعراض التي نلاقيها في المرض الشيزوفريني مثل الارتباك الذهني والاضطراب في ادراك المعلومات الحسية وفقدان الدمج بين العمليات الفكرية الطبيعية وانعدام التوافق بين العاطفة من ناحية وبين السلوك والفكر من ناحية اخرى. هذا وما

زال البحث جاريا في المعاهد العلمية لجلاء هذه الامور غير ان عدم التوصل الى ما يثبت وجود علاقة بين هذه المهلوسات وبين الشيزوفرينيا لا يمكن ان يقلل من اهمية الواقع وهو ان الابحاث على المهلوسات قد فتحت الباب واسعا للبحث عن الاسباب الكيمياوية العضوية لمرض الشيزوفرينيا ـ وهذا ما سنتناوله في الفقرات التالية .

نظرية المواد السامة « المهلوسة »

المواد (السامة) طبقا لهذا المفهوم هي المواد الغريبة أصلا عن الوجود الطبيعي في الجهاز العصبي ، والتي لها ان تحدث اضطرابا في الجهاز العصبي بسبب تاثيرها الضار عليه . وفيما يتعلق بأمر مرض الشيزوفرينيا ، فقد افترض بعض العلماء ، وما زال بعضهم يفترض بان المرض الشيزوفريني ينجم عن فعل مادة كيمياوية (سامة) غريبة . وقد جاء هذا الافتراض نتيجة للملاحظات العديدة بان بعض المواد او المستحضرات التي يستعملها بعض الناس في بعض الحضارات تحدث اعراضا تشبه الى حد كبير ما يعانيه بعض المرضى من المرض الشيزوفريني من اعراض . وهذه المواد لا تشمل ما يأتي من خارج الجسم ، وانما ايضا المواد غير الطبيعية التي تتجمع في الجسم بسبب اختلال عمليات الاستقلاب للمواد الكيمياوية الطبيعية في عضو او اخر من اعضاء الجسم ، او بسبب اختلال عمليات الاستقلاب للمواد الكيمياوية المختلفة في الدماغ . وفيما يلي بعض الملاحظات عن هذه الاحتمالات النظرية الثلاث .

١ ـ مواد مهلوسة من خارج الجسم

هنالك عدة مواد ومستحضرات يتناولها الناس في حياتهم والتي يمكن ان تحدث فيهم اعراضا غير طبيعية من عقلية او جسمية ومن هذه المواد الكحول ، والافيون وغيرهما من المخدرات ومن هذه ايضا المواد التي تعرف بالمهلوسات واهمها المسكال و (ل س د) LSD والمروانه Marijuana(الحشيشة)وكلها مواد توجد اصولها في الطبيعة ، ومن هذه المواد ايضا انواع المستحضرات التي تستنشق مثل الصمغ ، ومخففات الاصباغ ، او التي تستعمل لأغراض التنشيط (الكوكايين ، والامفيتامين)، وهذه المواد وخاصة المهلوسات قد تحدث اعراضا عقلية في الذين يتناولونها مما يشبه بعض الاعراض الشيزوفرينية وهو الأمر الذي دفع الى التصور بان المرض الشيزوفريني قد يكون ناجما عن فعل مادة مهلوسة يتناولها المريض في غذائه او شرابه اما عرضا او باقبال منه .

٢ ـ مواد سامة (مهلوسة) من داخل الجسم .

المصدر الثاني الذي يمكن ان يزود الجسم أو منه الى الدماغ بمواد سامة (مهلوسة) لا يأتي من خارج الجسم بالضرورة وانما من داخل الجسم أيضا ، وذلك بنتيجة توفر مواد ضارة ناجمة عن خطأ استقلابي للمواد الطبيعية للجسم ، او بنتيجة تجمع النفايات السامة التي يجري افرازها عادة إلى خارج الجسم ، غير انها في هذه الحالة تتجمع في الجسم ، ولها ان تؤثر في الدماغ ، كما يحدث ذلك في حالات امراض الكبد والكلى ومرض السكري وغيرها من الحالات المرضية ، كما ان هذه المواد السامة او الضارة في الجسم قد تكون من نفث بؤر التهابية في مكان أو آخر من الجسم ، او بسبب تكوين اجسام مناعة ذاتية غير متوفرة عادة في الجسم والتي تعذر التخلص منها ، او بنتيجة البؤر الالتهابية والالتهابات العامة ، او بنتيجة الخطأ

في استقلاب بعض المواد الغذائية الاساسية كما هو الحال في مرض السكري . هذا والعلماء حتى الآن لم يستطيعوا العثور على مادة سامة معينة في الجسم يرتبط وجودها بالمرض الشيزوفريني ارتباطا سببيا ، ويستثنى من ذلك بعض البينات عن الأجسام المناعية الذاتية التي لوحظ وجودها في بعض المرضى ، والتي تناولناها في فقرة اخرى من هذا الفصل .

٣ ـ استقلاب المواد العصبية في الدماغ .

هذه النظرية ترى بان هنالك رابطة بين المرض الشيزوفريني وبين ظهور مواد غير طبيعية في الدماغ بنتيجة الخطأ في عمليات استقلاب بعض المواد العصبية الناقلة ، خاصة المواد الأمينية ، وهما الكاتاكولا ـ مينات ، مثل الدوبامين والأبنفرين ، والأندول امينات واهمها مادة السيرتونين . ولعل من اهم هذه المواد الثلاثة من حيث امكانية خطأ الاستقلاب هي المادة الأخيرة السرتونين ، خاصة بعد اكتشاف العلماء للشبه في التركيب الكيمياوي بين هذه المادة وبين مواد مهلوسة للعقل مثل (ل س د) LSD وبيونوتنين وغيرهما ، اضافة الى الملاحظة بان البروتين المسمى (تربتوفانTryptophan)، وهو البروتين الأصل لمادة السرتونين ، والموجود طبيعيا في الغذاء ، يمكن له ان يسير بطريق خاطىء في عملية الاستقلاب ، مما قد يؤدي إلى ظهور مادة سامة مهلوسة . ومما يجدر ذكره هو الملاحظة بانه اذا ما وجدت كميات زائدة من بروتين التربتوفان في غذاء المريض بالشيزوفرينيا ، فان مواد استقلابية غير طبيعية لمركبات الأندول تظهر في سوائل وافرازات الجسم . وعلى العموم فان افراز هذه المواد الأندول امينية يزداد خلال النوبات الشيزوفرينية الحادة بالمقارنة مع الحالات الطبيعية ، غير انه لا يمكن الجزم حتى الان فيما اذا كانت هذه الظواهر هي دلالة سببية للمرض ، او انها مظاهر تدلل على نتائج قيام المرض . ومثل الملاحظات الواردة عن مادة السرتونين ، قد لوحظت ايضا في المادتين الكاتي كولامينية (الدوبامين والنوراد رنيلين) واللتين سبق الأشارة اليهما في فقرات اخرى . ومن النظريات الواردة في هذا الموضوع ان الخطأ في استقلاب بعض المواد التي سبق ذكرها او غيرها ، وتكوين مواد سامة مؤثرة في الدماغ بنتيجة ذلك قد تحدث استجابة لتعرض الجهاز العصبي (الدماغ) او بعض مراكزه الى الأجهاد البايولوجي . ومن النظريات الاخرى التي تفسر الخطأ في عمليات الاستقلاب وظهور مواد سامة مهلوسة في الدماغ ، ما قد يحدث بسبب نقص في احد الانزيمات المختصة بعمليات الاستقلاب ، وهو النقص الذي له ان يؤدي الى ايقاف عملية الاستقلاب في دور ما قبل اتمامها طبيعيا ، وما يمكن ان يؤدي اليه من تجميع مادة غير مكتملة الاستقلاب وبالتالي ضارة في اثارها على الدماغ ، مثال ذلك النقص الانزيامي الذي يمكن ان يسبب صنع مركب الهارمين Harmine بدل مركب ميلاتونين Melatonine ، وهذا المركب الأخير هو من المشتقات الطبيعية للسرتونين ، بينما الهارمين هو مشتق غير طبيعي ، ومهلوس في تأثيره .

المرسلات العصبية (الناقلات العصبية)

تنتقل الاثارات والمعلومات من خلية الى اخرى في الدماغ ، وقد كان يظن في الماضي ان هذا الانتقال يتم عبر التماس المباشر بين نهايات خلية عصبية وفروع خلية او خلايا اخرى ، غير ان من المؤكد الان ان التماس المباشر بين هذه الخلايا لا يحدث ، وان هنالك فجوة (شق cleft) بين نهايات كل خلية وبين فروع أي خلية اخرى ، وبان الانتقال للمعلومات والأثارات يتم عن طريق مواد عصبية هي من صنع

الخلايا الدماغية وتفرز من نهايات الخلايا ، وبانها تقوم بنقل هذه المعلومات عبر الفجوة او الشق الى مراكز استلام في نسيج فروع الخلايا الأخرى او في ظاهر الخلايا نفسها . وكل خلية في الدماغ لها المقدرة ، على أن تتصل بهذا الأسلوب مع عدة الاف من الخلايا القريبة او البعيدة عنها وتبعث اليها بالمعلومات العصبية ، كما أنها بنفس الطريقة تستلم المعلومات العصبية من الاف الخلايا العصبية الأخرى من مناطق قريبة او بعيدة في الدماغ ، وهذا البناء الوظيفي للدماغ هو البناء الذي يربط خلايا الدماغ بعضها ببعض في تنظيم محكم ودقيق ، وهو تكوين ينظر اليه كأساس لجميع عملياتنا العقلية والعاطفية والسلوكية في حالات الصحة وحالات الابتعاد عنها من اضطراب او مرض .

لقد كان من الطبيعي ان يتوجه الاهتمام الى امكانية وجود علاقة سببية بين المواد المرسلة العصبية وبين قيام المرض الشيزوفريني ، وقد افترضت عدة فرضيات بهذا الشأن ، منها ان المادة او المواد المرسلة للمعلومات العصبية تزيد عن المقادير المعتادة ، أو انها تقل عن حاجات النقل العصبي ، او ان فعاليتها تزيد او تقل عن الحدود الطبيعية ، او ان هنالك خطأ في العمليات التي تنظم النقل . ومن الفرضيات الاخرى ان هنالك ما يزيد او يقلل من حساسية نقاط الاستلام لهذه المواد الناقلة ، او ان هذه النقاط اقل او اكثر عددا وانتشارا مما هي عليه في الفرد الطبيعي ، كما ان هنالك من النظريات ما يفيد بوجود نفايات غير طبيعية في عملية استقلاب هذه المواد ، مما يمكن ان يحدث تأثيراً تضطرب معه بعض وظائف المراكز العصبية ، واخيرا هنالك النظرية التي ترى بأن الاضطراب قد ينجم عن فقدان التوازن في الكم والفعالية لبعض المواد العصبية الناقلة ، هذا ولم يستقر الرأي على فرضية واحدة من هذه الفرضيات حتى الآن .

لقد اكتشف العلماء العديد من المواد العصبية المرسلة ، والتي بلغ عددها حتى الآن ما يزيد على الثلاثين نوعا ، والأبحاث ما زالت جارية لاكتشاف ما يمكن ان يكون الكثير غيرها . وهذه المواد قد تم تعيين وجودها في جسم الخلايا العصبية الدماغ او في نهايات هذه الخلايا وذلك باستعمال وسائل تقنية حديثة تستخدم طريقة الفلورسنس النسيجية الكيمياوية ، وطريقة المناعة الخلوية الكيمياوية ، كما جرت ابحاث اخرى لمتابعة انتقال هذه المواد ومصيرها . هذا وجميع هذه المواد لا تقوم بالضرورة بعملية النقل العصبي ، وانما يقوم بعضها بعملية تنظيم النقل ، وتسمى لذلك بالمنظمات العصبية Neuromodulaters . وهذه المواد من ناقلة او منظمة تتفاعل مع مستلمات خاصة على سطح الخلية المستلمة ، أو على فروع هذه الخلية ، وهذه المستلمات هي على صورة جزيئات كبيرة وتظهر على شكل فريد . هذا وللمواد المرسلة والمنظمة المختلفة مراكز استلام خاصة بها ، وهي المراكز التي تخصصت دون غيرها باستلام مواد مرسلة معينة والتأثر بها .

وكبديل للنظرية بان المرض ناجم او مرتبط سببيا بمادة ناقلة عصبية واحدة او اخرى سواء من حيث الكم او الفعالية ، فقد تقدم بعض العلماء بنظرية اخرى تربط بين المرض وبين اختلال التوازن الكمي والنوعي لعدد من المواد المعنية بنقل المعلومات العصبية بين الخلايا الدماغية ، وقد اكد البعض على امكانية ذلك في حالة الاختلال في توازن بعض المواد العصبية الناقلة وهي : دوبامين و (جاما أمينو بيوتريك أسد - جاباGABA) ، ومادة الأستيل كولين . وواضعو هذه النظرية يفترضون تفوّقها على نظرية حصر الخلل في مادة ناقلة واحدة ، ففي اعتقادهم ان مرضا معقدا ومتنوع الاشكال كمرض الشيزوفرينيا لا يمكن

ان ينجم عن فعل مادة واحدة سواء وقع هذا الفعل على مركز او اكثر من مراكز الاستلام في الدماغ ، ولا بد في نظرهم ان يشارك في عملية التسبيب اكثر من مادة عصبية ناقلة ، مع توفر مختلف امكانيات الاختلال في التوازن بينها من حيث المقادير ومن حيث الفعل على المستلمات العصبية .

نظرية الدوبامين

مادة الدوبامين في الدماغ هي احدى مادتي الكاتي كولامين اللتين تقومان بعملية النقل العصبي بين خلايا الدماغ . اما المادة الاخرى فهي مادة النورابنفرين . والمادتان معا ، مع اهميتها الخاصة ، لا يقومان باكثر من ١ الى ٢ في المئة من جميع عمليات النقل العصبية الدماغية . هذا والمادة الاولى (دوبامين) تقوم بالنقل العصبي الى مستلمات عصبية موجودة اكثر ما يكون في المنطقة الحافية وفي قشرة الدماغ ، بينما المادة الثانية (النورابنفرين) تقوم بالنقل الى مستلمات اكثر ما توجد في منطقة الهايبوثلاموس .

ان امكانية ارتباط هاتين المادتين ، خاصة مادة الدوبامين ، بالمرض الشيزوفريني قد افترضت من الملاحظة بان المركبات الدوائية المعقلة تفرض حصارا على المستلمات العصبية التي تقع عليها مادة الدوبامين ، مما يمنع وصولها الى هذه المستلمات وبالتالي التأثير عليها . ولما كانت الأدوية المعقلة تحدث تاثيرا علاجيا ايجابيا ، فقد استنتج بان هذا التاثير يعتمد على ما تفرضه هذه الادوية من حصار على المستلمات ومنع وصول الدوبامين اليها ، وهكذا نشأ الافتراض بان مادة الدوبامين ترتبط سببيا وبشكل ما بالمرض الشيزوفريني . ومنذ افتراض هذه النظرية ، جاء العلماء والباحثون بنظريات عديدة حول كنه هذا الارتباط بين مادة الدوبامين الناقلة للمعلومات العصبية وبين مرض الشيزوفرينيا . ومن النظريات العديدة التي وردت في هذا الموضوع : ١) ان هنالك زيادة او نقصا في عدد المستلمات العصبية التي تصلها عادة مادة الدوبامين . ٢) ان هنالك حساسية زائدة عن الحدود الطبيعية في مقدرة هذه المستلمات العصبية للتأثر بفعل مادة الدوبامين ٣) ان مادة الدوبامين التي تفرزها الخلايا الدماغية الخاصة هي اكثر وفرة مما هو طبيعي . ٤) ان المقدرة على اتلاف بعض مادة الدوبامين بصورة طبيعية بعملية الاستقلاب هي أقل من المعتاد ، مما يسمح بتجمعها بمقادير اعظم . ٥) ان مقدرة النهايات العصبية على استعادة هذه المادة بعد افرازها تقل او تتعطل لسبب ما ، مما يسمح ايضا بتجمعها . ٦) ان هنالك خطأ في عمليات استقلاب او مثلنة هذه المادة مما يمكن ان يؤدي الى تكوين مواد غير طبيعية قد تؤثر على العمليات العصبية المختلفة التي تكمن وراء السلوك والعاطفة والتفكير . ٧) افتراض وجود خطأ في عملية (تنظيم) النقل العصبي وهذا الخطأ يمكن ان يسبب خطأ في وظيفة مادة الدوبامين .

ومن الادلة التي يمكن ان تؤيد العلاقة بين مركبات الكاتي كولامين في الدماغ (الدوبامين والنورابنفرين) وبين مرض الشيزوفرينيا ، هو ما لوحظ بالتجربة من ان اعطاء المريض بالشيزوفرينيا جرعا قليلة من مادة الامفيتامين (الدكسدرين) يؤدي الى زيادة شدة اعراض المرض ، وان اعطاء مقادير اكبر من هذه المادة للشخص الطبيعي يؤدي الى احداث اضطراب عقلي لا يمكن تفريقه عن حالة البارانويا الشيزوفرينية . وتحليل هذه الظاهرة هو ان مركب الامفيتامين فيه شبه كيمياوي لمواد الكاتي بولامين ، وان تناوله من شانه ان يسهل فعالية المواد الكاتي كولامينية في الدماغ وهذا يؤدي الى اطلاق هذه المواد (الدوبامين والابنفرين) من النهايات العصبية في الدماغ الى الفجوات الفاصلة بين هذه النهايات وبين

اطراف الخلايا العصبية التي تتصل بها . وهذه الملاحظة تميل الى اثبات العلاقة بين هذه المركبات وبين الشيزوفرينيا ، غير ان ذلك لا يعني بان هذه العلاقة تكون سببا للمرض من الدرجة الاولى .

ومن الادلة الأخرى التي تثبت علاقة مركب الدوبامين بمرض الشيزوفرينيا ما هو واضح من اثر المركبات الدوائية المعقلة neurolptic على المرض الشيزوفريني ، فقد اكدت الابحاث أن هذه المركبات تحدث اثرها عن طريق منع مادة الدوبامين من الوصول الى مراكز الاستلام العصبية التي تصل اليها عادة . هذا وقد لوحظ بأن الفعالية النسبية للأدوية المعقلة المختلفة تتناسب مع مقدرة هذه الادوية على منع وصول مادة الدوبامين الى نقاط الاستلام العصبية . وهذه الملاحظات ، وغيرها تتجه كلها نحو تأييد الاعتقاد بأن الأدوية المعقلة تحدث فعلها العلاجي في المرض الشيزوفريني عن طريق حجب مادة الدوبامين ومنعها من الوصول الى نقاط الاتصال العصبي التي تصلها عادة وخاصة في (المنطقة الحافية وفي القشرة الدماغية) .

ان ابحاثاً عديدة قد جرت سعيا وراء اثبات واحدة او اخرى من هذه النظريات ، غير ان احدا لم يستطع ذلك حتى الان بصورة ثابتة وموثوقة . وكل ما يمكن قوله حتى الان ، هو ان لهذه المادة رابطة ما بالمرض الشيزوفريني ، وبأن الفائدة الدوائية لهذا المرض تعتمد على منع هذه المادة من الوصول الى مستلماتها العصبية . ومع اهمية هذه الملاحظة عن العلاقة بين مادة الدوبامين والمرض الشيزوفريني ، الا ان المعتقد هو ان هذه العلاقة ليست علاقة سببية من الدرجة الاولى ، وانما هي علاقة بعيدة بعض الشيء عن هذه الدرجة وبان خطوات سببية اولية اخرى تسبقها في هذا الامر .

النورأدرنلين : النورأدرنلين هي المادة الأمينية الثانية من مجموعة المركبات المسماة (بالكاتي كولامينية)، وهذه المادة، حالها حال الدوبامين ، تقوم بوظيفة النقل العصبي بين خلية واخرى . ونظرية فعل هذه المادة في تسبيب مرض الشيزوفرينيا مفادها ان عملية استقلاب (ميتابولزم metabolism) هذه المادة في المريض الشيزوفريني ، هي عملية غير طبيعية وتؤدي الى تكوين مواد كيمياوية لا توجد في الدماغ في الشخص الطبيعي ، ويؤدي وجودها بالتالي الى اختلال في العمليات العقلية . ومن هذه المواد المتكونة بسبب هذا الخطأ مادة (ادرينوكروم Adrenochrome) ومادة (ادرينوليوتن Adrenolutin)، ومواد اخرى غيرهما، هذا وهنالك الآن تشكك في الأوساط العلمية في صحة هذه النظرية .

السيرتونين : السيرتونين هو المركب الأميني الثالث والهام في عمليات النقل العصبي . وهو كما سبق واشرنا، ينتمي الى مركبات من فئة الأمينات الاندولية . وهنالك بعض البينات بان هذا المركب الاميني يكثر بصورة اساسية في خلايا نواة رافي Raphe nucleus في ساق الدماغ ، وهذه الخلايا على قلتها ، الا انها تتصل بخلايا اخرى في مختلف مناطق الدماغ ، والمعتقد هو ان مركب السيرتونين يقوم بعمليات الارسال العصبي من نواة رافي الى مختلف انحاء الدماغ، ويفترض أن هذه النواة تقوم باعمال غربلة مختلف الأحاسيس التي تصل الى الدماغ وتتحكم في امر تنظيم ما لا يصل منها الى وعي الفرد ، وهي لذلك ذات علاقة خاصة بعمليات اليقظة والنوم ، والمزاج والتحسس بالأحاسيس المختلفة . ومن شأن الاضطراب في مقادير او فعالية مركب السيرتونين ، او بعض نفاياه الكيمياوية ، ان يؤدي الى اضطراب في وظائف هذا النظام ، وان تنشأ لذلك اعراض من الاختلال في الوظائف الحسية والعقلية والمزاجية تشبه الى حد كبير ما يحدث في مرض الشيزوفرينيا .

اضطرابات في الأنزيمات

الانزيمات هي مواد بروتينية لها مقدرة على المسارعة او تحفيز عمليات التغيير الكيمياوى التي تحدث في الجسم بما في ذلك الدماغ . وقد اتجهت الابحاث خلال السنوات الاخيرة الى البحث عن امكانية وجود علاقة بين هذه الانزيمات وبين الامراض العقلية بما في ذلك مرض الشيزوفرينيا ، وتبين في ابحاث عديدة وجود ارتفاع في مستوى بعض الانزيمات في دم المصابين بامراض عقلية حادة . ومن اهم الانزيمات التي توجه اليها البحث هي التالية :

١) كريتين فوسفو كاينيز Creatine phosphokinase (CPK) .
٢) ادوليز Adolase .
٣) مونامين اوكسديز Platelet monamine oxidase (MAO) في لوائح الدم .
٤) جلوتاميك اوكسالاكتيك ترانسمينز glytamic oxaloactic transiminuse والمعروف اختصارا بـ SGOT . وقد لاحظ الباحثون وجود ارتفاع في مستوى الانزيم الأول في بداية المرض الشيزوفريني ، غير ان هذا الارتفاع ليس خاصا بالشيزوفرينيا فقط . كما لوحظ وجود ارتفاع في نسبة الانزيم الاول والثاني في بعض اقارب المرضى ، اما الانزيم الثالث ، فقد لوحظ بأن مستواه يقل في حالات الشيزوفرينيا المزمنة ، بينما يزيد في حالات الشيزوفرينيا الكآبية . اما الانزيم الرابع SGOT ، فقد لوحظ بأنه يرتفع بنسبة ٧٤ في المئة من المرضى بأمراض عقليةبصورة عامة .

هذا ولم يتضح بعض تفسير لهذه الظواهر . ومن النظريات المقدمة للتفسير هو ان تعرض الفرد لما يدركه بأنه شدة او ارهاق في محيطه قد يؤدي الى ارتفاع نسبة الانزيمات ، او ان هذا الارتفاع ينجم عن نقص في عملية افراز هذه الانزيمات . وجميع هذه الملاحظات لا تعطي حتى الان ايضاحا عن العلاقة بين هذه الانزيمات وبين مرض الشيزوفرينيا .

من النظريات ما يفسر المرض الشيزوفريني على أنه مسبب عن نقص في مستوى مركب مونامين اوكسديز MAO ، وهو انزيم منظم للمواد المونامينية التي تقوم بفعل النقل العصبي في الدماغ ، وقد بنيت هذه النظرية على اساس الملاحظة بأن بعض المرضى المصابين بمرض الشيزوفرينيا يظهرون نقصا في مستوى انزايم المونامين المسمى مونامين اوكسديز MAO في الألواح الدموية ، كما ان هذا المستوى وجد منخفضا في شفاء التوائم المتشابهة المصابة بالمرض الشيزوفريني ، سواء كان هؤلاء الأشقاء مصابين او غير مصابين بالمرض . وقد تبين ايضا بأن انخفاض هذا الانزايم هو اكثر وضوحا في المرضى المزمنين منه في المرضى في الأدوار الحادة للشيزوفرينيا ، غير ان هذه الظواهر لوحظت ايضا في المرضى بامراض عقلية اخرى ، مما يمكن ان يفيدبأن لانخفاض هذا الانزايم علاقة بتكوين الاستعداد للمرض العقلي بشكل عام وليس للشيزوفرينيا بشكل خاص .

نظرية وجود خطأ في استقلاب المواد الكيمياوية الدماغية

هذه النظرية تفترض وجود خطأ في عملية استقلاب بعض المواد الكيمياوية الموجودة في الدماغ يمكن ان يؤدى الى تكوين مواد جديدة غير طبيعية في الدماغ ، او الى انقاص او فقدان بعض المواد الضرورية

للعمليات الدماغية الطبيعية . وهذه النظرية تفترض وجود سلسلة من العمليات ، اولها ان هنالك خطأ في المعلومات الوراثية ، ومن هذا الخطأ ينشأ اضطراب بايوكيمياوى ، وهذا بدوره يؤدي الى انحراف في العمليات النفسية ، ويمثل هذا الخطأ والانحراف يتفاعل الفرد بصورة مرضية مع الظروف العائلية او الاجتماعية او المحيطية التي يتعرض اليها . ويتضح من هذه النظرية ان العامل الاساسى هو نقص وراثي ، ويعتقد بأن هذا النقص يظهر على صورة مركب زلالي يدعى تراكسين Taraxeine والذى يعتبر مسؤولا عن الانحراف في استقلاب المركبات البايولوجية الامينية :(Bio-Amines) .

وقد عثر بعض الباحثين على بينات عن وجود مواد اخرى غير طبيعية في دماغ ٧٠ في المئة من المرضى بالشيزوفرينيا ، وهي المادة المعروفة باسم (٣ ، ٤ ـ د م ب ى أ 3,4-DMPEA)، وهي مادة مهلوسة لها صلة كيمياوية بمادة دوبامين ومادة مسكلين المهلوسة ، الا ان بعض الباحثين لا يجدون في هذه المادة سببا للمرض ، وانما يعتبرونها نتيجة خطأ في غذاء المريض ، وانها توجد في الأشخاص الطبيعيين ايضا ، وان كانت اكثر ظهورا في مرضى الشيزوفرينيا .

ومن المواد الاخرى التي لفتت انظار الباحثين هي المادة المعروفة ب (داى مثيل تربتمين Dimethyltryptamine) وهي مادة لا توجد بصورة طبيعية في الدماغ ويتم صنعها بفعل انزيم في الدماغ وذلك نتيجة لخطأ في سلسلة العمليات الاستقلابية . والمفترض ايضا هو ان دماغ الشخص الطبيعي تتوفر فيه مادة ناهية لهذا الانزيم ، وهو لذلك لا يسمح بصنع هذه المادة ، اما الشخص المريض بالشيزوفرينيا او المهيأ للمرض فتنقصه هذه المادة الناهية مما يسهل حدوث الخطأ الاستقلابي وتكوين هذه المادة .

« نظرية النقص والتعويض » الجزئية السوية Orthomolecular tlypothesis

جاء بهذه النظرية العالم (لينوس بولنج Linus Pauling) عام ١٩٦٨ ، والحائز على جائزة نوبل في الكيمياء ، وهو اول من ادخل في الاستعمال الطبي مصطلح علم الأمراض العقلية الجزئي السوي Orthomolecular Psychiatry . وقد قال بولنج في موضوع نظريته ما يلي :«ان عمل الدماغ يتأثر بمقادير التركيز الجزئي للعديد من المواد المتوفرة اعتياديا في الدماغ ، والتركيزات المثلى لهذه المواد في الشخص الواحد قد تختلف بصورة كبيرة عن التركيزات التي يهيؤها غذائه المعتاد او تتهيأ له عن طريق عدته الوراثية . ان الحجج البايوكيميائية والوراثية تسند الرأي بأن العلاج (الجزئي السوي Orthomolecular Therapy ، وهو تأمين التركيزات المثلى من المكونات الطبيعية للدماغ ، قد يكون العلاج المفضل للعديد من المرضى المصابين بأمراض عقلية . ان الاعراض العقلية لنقص الفيتامينات قد تلاحظ لفترة طويلة تسبق ظهور أية اعراض جسمية » .

ان هذه النظرية وامثالها من النظريات تجعل سبب الاضطراب العقلي مقرراً بنقص في تركيز بعض المواد الهامة للعمليات الدماغية الطبيعية سواء كان هذا النقص متأتياً عن تحديد المصادر الغذائية الطبيعية ، او بسبب نقص في تمثل الغذاء بصورة طبيعية ، او بنتيجة نقص اساسي في تركيز بعض المواد الهامة في الدماغ . وقد اورد الباحثون عدة امثلة على العلاقة بين النقص في بعض المواد الغذائية وخاصة الفيتامينات

وبين نشوء المرض العقلي، ولعل اكثر هذه الأمثلة وضوحاً، هو مرض (البلاغرا Pellagra)، وهو مرض ناجم عن نقص في فيتامين نياسين niacine، ومن اعراضه النفسية والعقلية: الانفعال والقلق، وعدم الاستقرار والشعور بالتعب، ثم يتطور الى حالة من الكآبة العقلية بما في ذلك الهلاوس والاوهام اضافة الى الاعراض الجسمية الاخرى. ويجد اصحاب هذه النظرية تشابهاً بين مرض البلاغرا والشيزوفرينيا، غير انهم يرون بأن النقص الغذائي في مرض الشيزوفرينيا ناجم عن استعداد وراثي. وفي علاج مرض الشيزوفرينيا ينصح اصحاب هذه النظرية بما يلي: تجنب الاجهاد والضغوطات الحياتية، تناول طعام قليل السكر والنشويات والكافين: وتناول كميات كبيرة من الفيتامينات (٣ غرامات يوميا، من النياسين (حامض النيكوتين) وفيتامين س (C) وفيتامين ب ٦ وفيتامين (ي Vit. E) وفيتامين ب ١٢.

لقد اورد اصحاب هذه النظرية الكثير من الامثلة على التحسن الواضح في الحالة العقلية لمرضاهم بنتيجة توفر امثال هذه المواد بمقادير كافية للمريض. واذا كان من شأن هذه الأمثلة ان تسند الرأي بأهمية النقص في هذه المواد في تكوين الحالة المرضية العقلية او الشيزوفرينية على وجه خاص، فان هذه الأمثلة قد تكون في الواقع دليلاً على ان الحالة العقلية للمريض قد اثرت على نوعية غذائه فجاء النقص في بعض المواد، مما زاد في تضخيم الحالة المرضية وشدتها. والأخذ بالرأيين معاً قد يكون ممكنا.

نظرية التغذية: مع ان نظرية (بولنج) في النقص والتعويض تبدو حديثة، الا انها في واقع الأمر ليست بالنظرية الجديدة، لا في المفهوم القديم ولا الحديث للأمراض العقلية واسبابها وطرق علاجها، فالممارسات الطبية القديمة للأقوام البدائية قد عالجت الأمراض العقلية بوسائل غذائية بصرف النظر عن تفسيرهم (الروحاني) أو (الشيطاني) أو (الخارق) لهذه الأمراض، والطب اليوناني القديم قد لجأ الى التغذية والشراب كوسيلة علاجية وان كان الأطباء الأغريق قد فسروا فعل هذه الوسائل بسبب ما تحدثه من رطوبة او جفاف، ومن حرارة او برودة، وان كان من الصعب وضع حدود فاصلة بين هذه التأثيرات وبين الفعل الغذائي لهذه المواد. واخذ الاطباء العرب بالمبادىء اليونانية في تفسير هذه الأمراض وفي علاجها، وأكدوا على اهمية النقص الغذائي في تسبيب المرض العقلي وفي علاجه.

الهرمونات: لوحظ في بعض المرضى المصابين بالمرض الشيزوفريني وجود تغييرات هرمونية خاصة في (الستيرويدز Steroids) والتي تتوافق مع التغيير الحادث في حالة المريض، فبعض هذه المواد الهرمونية تتضاعف الى عدة اضعاف لما هو طبيعي في الحالات الحادة من انفعال او كآبة، كما انها تعود الى مستواها الطبيعي في حالة الهدوء، ومثل ذلك لوحظ في هرمون الأدرينالين والذي يرتفع معدله الى حدود ثمانية اضعاف لما هو طبيعي في الأدوار الحادة للمرض، ومع هذه الملاحظات المختبرية، فإن معظم الباحثين لا يجدون اي خطأ في تفاعلات واستقلاب الأدرنلين في مرضى الشيزوفرينيا.

نظرية الاجهاد والهرمونات:

هذه النظرية تفترض أن الذى يحدث في مرض الشيزوفرينيا، هو ان مواقف الشدة والاجهاد التي يتعرض لها الفرد تؤدي الى حدوث خطأ في عملية استقلاب هرمون الأدرنلين، ونتيجة لهذا الخطأ تتكون مادة ادرينوكروم Adrenochrome، ومادة ادرينولوتين Adrenolutine، وكلاهما مواد مهلوسة. غير

أن اهمية هذه النظرية تقل اذا ادركنا بأن هرمون الادرنلين يزداد معدله ايضا في حالات الكابة والقلق ، وبأن الهرمون يعود الى مستواه الطبيعي في المريض الشيزوفريني اذا ما اصبح المريض في حالة ثابتة من المرض او انه راح يتماثل للشفاء ، والمعتقد الآن هو أن هذه التغييرات في مستويات الهرمونات تمثل مظهرا للمرض ولا تكون سبباً له . وهنالك بعض الابحاث التي تبين بأن اي زيادة في استقلاب هرمون الادرنلين ما هي الا نتيجة لانخفاض مستوى فيتامين س (vit. c.) في الدم .

نظرية الفايروس :

من النظريات التي افترضها العلماء كسبب للشيزوفرينيا النظرية بأن المرض ينجم عن اصابة الدماغ في بعض مناطقه بالتهاب فايروسي ، وهذه النظرية تغيب وتظهر من جديد بين حين واخر . وافتراض وجود هذا الفايروس لا يستند على بينة من اكتشاف مثل هذا الفايروس فعليا ، وانما يعتمد على فرضيات مستمدة من الجسيمات المضادة للمناعة ، والتي يعتقد بأنها ناجمة عن اصابة خلايا مناطق معينة من الدماغ بالفيارس المفترض وجوده . وتفترض النظرية بأن الاصابة بالفايروس تؤدي الى تفاعل بين الجين الوراثية وبين الفايروس وبأن هذا قد يحدث أثناء نمو الجنين، أو أن التفاعل قد يحدث لأحد الوالدين وينتقل منه بالوراثة من جيل الى جيل .

نظريات خطأ في جهاز الانتباه :

تفترض هذه النظرية وجود نقص في فعالية الاجهزة الدماغية المختصة بعمليات الانتباه والتحفيز . والمعروف ان مناطق معينة في ساق الدماغ تقوم بوظائف الانذار والانتباه ، وان الجهاز الخاص في منتصف الدماغ يقوم بوظيفة رصد وتنظيم المعلومات الحسية الواردة للدماغ . والنقص في هذه المراكز يمكن، طبقا لهذه النظرية ، أن يؤدى الى احداث خطأ في عملية استلام الاحاسيس وتصنيفها ، وبالتالي في ادراكها ، وما يترتب على ذلك من اضطراب في عملية الاستجابة لها . هذا ولا تحدد النظرية فيما اذا كان هذا الخطأ هو خطأ اساس في نسيج هذه المراكز ، او انه خطأ يتقرر بعوامل كيمياوية .

نظرية الاخلاط والعصارات الجسمية :

تمثل الحضارة الاغريقية تقدما جذريا في مسيرة الفكر الانساني وهذا يتجلى في مجالات مختلفة من اهمها المجال الطبي . ومع ان اليونانيون القدامى قد احتفظوا بالنظرية البدائية والمتوارثة فيما يتعلق بالامراض وعزوها الى اسباب وعوامل خارجة عن الطبيعة وقوى مسيطرة على الواقع الانساني، الا انهم ايضا توصلوا الى الرأي بان الامراض بما في ذلك الامراض العقلية تحدث او تتفاقم بنتيجة اسباب طبيعية يمكن تفسيرها بصورة عقلانية . ومثل هذا الاتجاه العقلاني والطبيعي في تفسير هذه الامراض تحدد بوضوح في كتابات ابقراط (القرن الخامس والرابع قبل الميلاد) والذي كان اول من نفى ان يكون مرض الصرع مرضا مقدسا والاهياء ودعا بدلا من ذلك الى النظر الى اسبابه في الدماغ نفسه، كما انه كان اول من صنف الامراض العقلية الى حيثيات مرضية منها الفزع والمانيا والكآبة ومرض النفاس العقلي، والافكار التسلطية وحالات الارتباك والهذيان والبارانويا والوسواس المرضي .

البنية والمرض :

ان الربط بين البنية الجسمية للانسان وبين خصائص شخصيته بما في ذلك نفسيته وعاطفته وسلوكه واتجاهاته العقلية ليس بالامر الجديد فمنذ القدم مارس الانسان فن التفرس في الملامح الجسدية ليستخلص منها دلائل عن الشخصية، وقد سمي هذا الفن بفن الفراسة وهو فن مازال الانسان المعاصر يمارسه يوميا في حكمه على اخلاق الناس وشخصياتهم ونفسياتهم وامكانياتهم وذلك من الانطباعات التي يلاحظها من تكوينهم الجسمي. وفي اوقات مختلفة من التاريخ اعطيت سمات جسمية معينة في الجسم بصورة عامة او في بعض اجزائه، وربطت هذه السمات بخصائص شخصية ونفسية وعقلية معينة، وفي العصر الحديث قام الدكتور كريتشمر Kretchmer بمحاولة لوضع هذا الترابط بين الجسم والعقل على اساس علمي، فقام باجراء قياسات دقيقة لبنية اعداد كبيرة من الناس، وحاول ربطها بخصائص شخصيتهم ولاحظ بنتيجة هذه الدراسة وجود مثل هذا الترابط ووضع نظريته المعروفة: (البنية والمزاج) عام ١٩٢١ ونشرها في كتاب بهذا الاسم. وجاء في هذه النظرية ما خلاصته بان الشخص الذي يتسم بالبنية الناحلة (Asthenic) فان مزاجه يكون مزاجا شيزيا Schizothymic، والبنية الناحلة في تصنيفه للبنية تتمثل في الفرد الطويل والنحيل وصاحب الصدر المسطح، اما صاحب المزاج الشيزي فيتمثل بسمات الحساسية والأنفة والمثالية والهدوء والتفكير الذاتي والانطوائية والابتعاد عما هو دنيوي. ومن نظريات كريتشمر ان من كانت بنيته ناحلة ومزاجه شيزيا فانه يصبح اكثر احتمالا للاصابة بالمرض الشيزوفريني من صاحب بنية اخرى ومزاج آخر. ومن آرائه ان هذا الربط بين البنية والمزاج يحدث بسبب عوامل تكوينية وراثية غير انه لم يتمكن لا هو ولا غيره من اصحاب النظريات المشابهة من اكتشاف العامل الوراثي الذي يربط بين الشخصية والبنية الجسمية. هذا وقد قام آخرون بابحاث مماثلة في محاولة للربط بين البنية من ناحية والمزاج والمرض من ناحية اخرى، ومن اشهر هؤلاء (شيلدون Sheldon ولنجياردى Lingiaerde وهما مثلة لم يتوصلا الى اكتشاف العامل الوراثي الذي يربط بين البنية والعقل. وبالرغم من عدم الاهتداء حتى الآن الى اثبات هذه الرابطة الا ان الافتراض يظل قائما ومنطقيا من ان الجسم والعقل يمثلان وجهين مختلفين لحيثية واحدة للفرد تشمل الجسم والعقل. وكما ان من الصعب على الباحث ان يقيس خصائص كل واحد من هذين الوجهين بالنظر للتدرج الدقيق لكل خاصة من الخصائص جسمية كانت او عقلية، فان من الصعب ايضا اقامة ترابط قياسي دقيق بين خاصة جسمية وخاصة عقلية اخرى. ويضاف الى هذا التعذر في القياس كون الخصائص الجسمية قابلة للتغير في مظاهرها في فترات مختلفة من حياة الفرد سواء توافق هذا التغيير او لم يتوافق مع التغيير في مزاج الشخص وحياته النفسية.

وهكذا لا يبدوا ان هنالك ما يكفي اما لتشخيص وقوع المرض الشيزوفريني او التنبوء بوقوعه استنادا الى الملامح الجسمية التي يتمتع بها الفرد سواء كانت هذه الملامح ثابته او متغيرة، غير ان هذا لا يمنع من ان تكون هناك خصائص جسمية معينة ترتبط بالاستعداد للمرض، ولعل هذه الخصائص تكمن في النواحي الصغيرة والدقيقة من التركيب الجسمي كالخلايا الجسمية والعصبية اكثر منها في المعالم الجسمية الكبيرة والمنظورة، وهي امكانية مازالت تنتظر البرهان.

المناعة والمرض :

من النظريات التي يداعبها العلماء نظرية تفترض بأن مرض الشيزوفرينيا هو مرض مناعة ذاتية

وهنالك فرضيتان في هذه النظرية ، واحدة مفادها ان ظاهرة المناعة الذاتية Autoimmune- disease تلعب دورا في تكوين المرض الشيزوفريني ، وهذه فرضية عامة ، اما الثانية فهي فرضية خاصة مفادها أن أجساماً مضادة للمناعة موجودة في المرض الشيزوفريني ضد الخلايا الدماغية وغيرها من خلايا الجسم . هذا وليس من الواضح ما هو الدور الذي يمكن ان تلعبه هذه الاجسام الذاتية المضادة للمناعة antiautoim- mune bodies في التهيئة لمرض الشيزوفرينيا او في استمرار العملية المرضية الشيزوفرينية ، وكل ما هو معروف حتى الآن هو أن هنالك ارتفاعاً في مستوى بعض اجسام المناعة لمواد الجلوبيولين والمسماة اميونوجلوبيولين Immunoglobulins والتي يتوفر منها خمسة انواع على الأقل في مصل الدم ، واهمها بالنسبة لهذه النظرية هو النوع IgG . وقد افادت بعض الابحاث بأن حقن هذه الجزء من مصل المريض بالشيزوفرينيا الى جسم طبيعي يؤدي الى ظهور اعراض سلوكية غير طبيعية ، والى ظهور اختلاف في الحركة الدماغية الكهربائية في المنطقة الحاجزية Septal region في الدماغ .

عامل الحمل والولادة :

ان معظم الدراسات التي تناولت هذا الموضوع قد تمت على التوائم المتشابهة ، ومن مقارنة الطفلين الوليدين منذ الولادة وفيما بعد ، وقد تبين من هذه الدراسات ان التوأم الذي اصيب بالشيزوفرينيا قد تميز عن الطفل الشقيق الذي لم يصب بالخصائص التالية : كان الطفل على العموم اقل كفاءة ونضوجا من النواحي الفيزيولوجية والبايولوجية وكان وزنه اقل من توأمه وانه عانى في طفولته من اصابات اكثر واشد في الجهاز التنفسي ، واتصف باضطراب في النوم والطعام والشكوى من المغص . وبعض الاطفال منهم اصيبوا بنقص الاكسجين والازرقاق عند الولادة . وعلى العموم فان مراحل نموهم كانت ابطأ من اشقائهم من التوائم فاستطاعوا الجلوس والوقوف والمشي وحتى البلوغ في ازمان متأخرة نسبيا عما هو معتاد ، او حتى عن توائمهم المشابهة . ويرى احد الباحثين ان التوأم الذي يصاب بالشيزوفرينيا يعاني من نقص نسبي في الكفاءة العصبية بسبب ضرر ما اصابه اثناء فترة الحمل (منذ انقسام الخلية المخصبة وحتى الولادة) بينما لم يصب شبيهه ، او ان الضرر قد وقع اثناء فترة الولادة كنقص الاوكسجين او بسبب ضرر اصاب الدماغ في الادوار الاولى من الطفولة بسبب او آخر . اما من حيث معالم الشخصية والخصائص النفسية للتوأم المصاب ، فقد ظهرت الخصائص التالية بشكل عام وهي : اتكال أعظم من الطفل على امه اضافة الى كونه اكثر من المعتاد خنوعاً وخوفاً واكثر اتجاها نحو الشكاوى النفسية ، ثم انه اكثر حساسية وخجلا وهدوءا وعنادا وجدية ، كما أنه اقل ثقة بنفسه واكثر انانية وانطوائية من الشقيق التوأم السليم .

ان هذه الخصائص الجسمية والنفسية التي يتسم بها الطفل الذي يصاب بالمرض الشيزوفريني من بين التوائم المتشابهة قد اتخذت حجة من قبل الذين يعتقدون بان الشيزوفرينيا ترد لاسباب تكوينية مكتسبة اثناء عملية تكوين الجنين او عند الولادة او في ادوار الطفولة الصغيرة ، وفي رأيهم هو انه لولا هذه العوامل المكتسبة لما حدث مرض الشيزوفرينيا في التوأم ، كما هو الحال في الشقيق الآخر من التوأم الذي لم يصب اصلا بالمرض . وسيظل مثاراً للجدل امر تقرير فيما اذا كانت الاعراض التي اشرنا هي اعراض مكتسبة كشيء طارىء او انها تقررت بسبب توزيع كمي او نوعي في الاساس الوراثي لشطري البويضة المنقسمة والمؤدية الى التوأمين المتشابهين،وتقرير هذا الموضوع لا ينفي ان يتوفر العاملان معا والمشاركة بينهما بقدر او آخر .

النظرية الفيزيولوجية المرضية :

تفترض هذه النظرية بان مرض الشيزوفرينيا هو تعبير عن اضطراب فيزيولوجي في عمليات الدماغ سواء كان هذا الاضطراب ناجما عن حالة مرضية في الدماغ نفسه، أو في عضو آخر من الجسم وبالتالي في التاثير على الدماغ . ويدخل ضمن هذا المفهوم الفيزيولوجي المرضي عدة احتمالات منها :

١) ان الاضطراب الفيزيولوجي يتقرر بعوامل وراثية عن طريق الجينات الوراثية مما قد يؤدي الى نقص او زيادة او تغيير في مستوى الأنزيمات الدماغية ، او على شكل اضطراب في عمليات الاستقلاب للمواد الكيمياوية في الدماغ وتكوين مواد محدثة للاضطراب العقلي ، او الى زيادة او انقاص في المواد الناقلة للمعلومات العصبية بين خلايا الدماغ ، او الى زيادة في حساسية مراكز الاستلام لعمليات النقل العصبي في بعض مناطق الدماغ المختصة .

٢) بان الاضطراب الفيزيولوجي في الدماغ لا ينبع من الدماغ ، وانما من اعضاء اخرى في الجسم ، ومنها غدَّة السوبرارينال مما يؤدي الى اضطراب في مستويات هرمونات (الأدرينوكورتكس) .

٣) ان الاضطراب الفيزيولوجي في الدماغ ينجم عن التهاب بكتيري او فايروسي ، او بسبب التهاب في الكبد، والتي يمكنها كلها ان تقلل من مناعة المريض ومقاومته والى احداث حالة من الاضطراب في وظائف الدماغ ككل ، او في وظيفة بعض خلاياه .

٤) ان الاضطراب الفيزيولوجي ينجم عن تاثير مادة سامة ، سواء كانت هذه المادة متكونة من داخل الجسم ، او متناولة من مصدر خارجي .

ان هذه الاحتمالات بمجموعها تتجه نحو محاولة اثبات أن مرض الشيزوفرينيا هو مرض جسمي عضوي كغيره من الأمراض ، غير ان جميع البينات ومحاولات البحث حتى الآن لم تستطع ان تعطي برهانا واحدا عن صحة هذا الافتراض . ذلك ان ما من بينة واحدة قد امكن اثبات ارتباطها بالمرض بصورة سببية واضحة واكيدة ومخصصة بالمرض الشيزوفريني دون غيره من الامراض ، او ان توفرها بمفردها يكفي لاحداث المرض في صاحبه .

٤ ـ الاسباب النفسية

النظريات النفسية في تسبيب المرض الشيزوفريني تمثل الجانب المناقض للنظريات المادية في تسبيب المرض. وهذه النظريات النفسية تفترض بأن الفرد المصاب بالمرض هو بالأساس فرد طبيعي كغيره من الاصحاء في تكوينه العضوى (المادي)، وبأن مرضه قد تكون بفعل تجارب نفسية معينة خلال نموه، مما ادّى الى انحراف شخصيته وتكوينه النفسي باتجاه المرض. واصحاب النظريات النفسية يختلف بعضهم مع بعض في تحديد التجارب الحياتية الاكثر دفعا للتوجه نحو المرض، كما يختلفون في امر أهم المراحل في عمر الفرد التي تؤهل لفعل هذه التجارب، وهنالك اختلاف آخر، فبعض الباحثين يفترضون وجود اساس وراثي يهيء الشخصية لفعل التجارب الحياتية النفسية، وبعضهم ينفي وجود مثل هذا الأساس. وفي النظر في الأسباب النفسية للمرض، ويتحتّم التفريق بين أن تكون التجربة النفسية التي تعترض الفرد هي السبب المؤدى للمرض، وبين ان تكون مجرد تعبير عن نشوئه او توفر الاستعداد اليه، أى ان ما يبدو سببا نفسيا، ما هو في الواقع الا نتيجة للمرض. وهنالك ضرورة التفريق بين ان يكون العامل النفسي سببالنشوء المرض، او مجرد كونه عاملاً مرسبا لمريض قد تهيأ للاصابة بالمرض ويحتاج فقط الى ما يدفع هذا الاستعداد الى حيز الواقع.

تتوفر نظريات وفرضيات نفسية عديدة لتفسير قيام المرض الشيزوفريني، والواقع هو أن اصل المصطلح (الشيزوفرينيا) الذى وضعه العالم السويسرى بلولر في مصطلح هذا القرن يحمل الدلالة النفسية، كما ان بلولر عندما وضع هذا المصطلح لم يكن يعارض فقط الاتجاه نحو التفسير العضوي للمرض، وانما كان متأثرا بآراء فرويد ويونج في المواضيع النفسية واهمية التجارب النفسية في تكوين الحالات المرضية النفسية والعقلية. وقد اتخذت النظريات النفسية في البداية، وبسبب تأثير فرويد واعوانه على مسيرة الحركة النفسية، اتجاها تحليليا يساير النظريات التحليلية الأساسية، غير ان هنالك الكثير من التطوير والتحوير في هذه النظريات منذ عهد فرويد. ومن متابعة هذه النظريات كلها يجد القارىء ما يقنعه احيانا بأهمية العوامل النفسية في تكوين المرض الشيزوفريني وفي ترسيبه وفي زيادته، غير انه مع ذلك يتعذر العثور على اضطراب نفسي اساسي واحد يكمن وراء جميع الاعراض التي يعانيها المريض الشيزوفريني، ثم ان جميع النظريات الواردة، هي نظريات تخمينية افتراضية، ولا تنطبق على جميع المرضى، كما ان جميع المحاولات الوقائية العلاجية التي بنيت عليها لم تنجح بأي قدر يمكن تقديره في الوقاية من المرض او التخفيف من مسيرته او في الشفاء منه.

النظريات النفسية .

لمدة طويلة من الزمن ، غطت النصف الأول من هذا القرن ، استأثرت النظريات النفسية عن اسباب المرض الشيزوفريني بالمكانة الغالبة من بين النظريات السببية ، ومع بروز الابحاث العلمية التي تسعى الى اثبات الاساس المادي والعضوي لهذا المرض في خلال النصف الثاني من هذا القرن ، الا ان الاهتمام ما زال موجها الى محاولة فهم وتفسير المرض على اسس نفسية . ولعل الذى يشجع على ادامة مثل هذا الاتجاه ، هو الفشل في الحصول على بينات علمية اكيدة عن الاسس المادية للمرض ، اضافة الى أن اعراض المرض ما زالت توصف بصيغ نفسية ، ومن ان الكثيرين من المرضى يعانون من مشاكل نفسية قبل وقوعهم بالمرض ومن أن الكثير من الحالات المرضية تبدأ عقب تجارب نفسية مرهقة لاصحابها . ولعل من أهم العوامل التي تبقي على نظرية التسبيب النفسي للمرض ، هو الأمل في ان لا يصبح المرض دائميا ، وهو الأمل الذى له ان يتحقق اذا اصبح من الممكن تلافي الاسباب النفسية قبل قيامها بتكوين المرض ، او بازالتها عند تكوين المرض .

ان بداية التصور للامور النفسية كأساس للمرض قد جاءت على شكل معارضة للاراء السابقة عن الاساس العضوي لهذا المرض والتي جاء بها العالم موريل Morel (١٨٥٧) ، والعالم كربلين Kraepelin (١٩١٩) . فالأول رأى بأن المرض هو نتيجة توقف في النمو مما يؤدى بالضرورة الى الخرف ، اما كربلين فقد رأى بأن اسباب المرض عضوية ، وان هذه الأسباب هي من نوع الاضطراب في عمليات الاستقلاب ، وبأنها تؤدي الى حالة من التدهور الذهني . ولم يكن هنالك بد من نشوء المعارضة لمثل هذا التصور العضوي لاسباب المرض ، وذلك بالنظر الى ان بعض المرضى يشفون من حالتهم وبدون آثار باقية لاي حالة من التدهور الفكري او الخرف ، وهي الملاحظة التي تدحض افتراض وجود اساس عضوي للمرض والذي من شأنه ان وجد ، أن لا يزول . وقد جاءت المعارضات الأولى لفرضيات (عضوية) المرض الشيزوفريني من عدة مصادر وهي : يونغ ، وسترانسكي ، وبلولر . وفيما يلي خلاصة لآرائهم في هذا الموضوع .

يونـــج (١٩٠٦)

عارض يونج آراء كربلين ، واكد بدلا من ذلك على الاسراف العاطفي في حياة المريض ، مما لا يترك له القدر الكافي من الطاقة لمواجهة المشاكل الفعلية وهو يقول :

«ان انفصال المريض الشيزوفريني عن الواقع ، وفقدانه الاهتمام بالحوادث الموضوعية ، فان (كل ذلك) ليس من الصعب تفسيره عندما نأخذ بعين الاعتبار انه (أي المريض) يقف دوما تحت وطأة عقدة لا تقهر . . . انه يحلم بعيون مفتوحة ، وهو من الناحية النفسية لا يكيف نفسه لما يحيط به» .

وفي رأي يونج ان العقدة الشيزوفرينية لها جذورها في اللاوعي الجماعي .

سترانســكي (١٩١٤) ، **Stransky** .

اتجه سترانسكي الى النظر الى المرض الشيزوفريني نظرة نفسية ، وقد اصطلح لهذا المرض التشبيه

(الترنح النفسي الداخلي) والذى اعتبره العارض الاساسي لمرض الشيزوفرينيا ، وهو بذلك اسبق من بلولر الى وصف الحالة المرضية بأنها عملية (انشطار) او (انقسام) . وقد بين سترانسكي بأن المرض يظهر على شكل نقص في التوازن بين العواطف وبين الأفكار .

بلولـــــر

مع ان بلولر اخذ في البداية بفرضية الأساس العضوي للمرض والتي تقدم بها كربلين ، الا انه نظر الى المرض نظرة نفسية واعتبر الاضطراب العاطفي والاضطراب في الترابط الفكري والذى يأتي على صورة ارتخاء في ترابط الافكار ، بأنه الاضطراب الاولي والأساسي في المرض . وقد ادخل بلولر فكرة (الذاتية Autism) كأحد مظاهر المرض الهامة ، وهو المصطلح الذي يدلل على انسحاب المريض من الاتصال بالواقع والى عالم خاص به من الأفكار والعواطف مما لا صلة له بعالم الاخرين ، وهذه المظاهر بالنسبة لبلولر ، قد ادت الى اصطلاحه لمصطلح الشيزوفرينيا ، والذي يعني حرفيا بانقسام = (شيزو) والعقل = (فرينيا) ، وهي العملية الاساسية في تكوين هذا المرض .

ان بلولر مع تأييده للاساس العضوي للمرض الشيزوفريني كما افترضه كربلين ، الا ان مصطلحه عن المرض وتفسيره للحيثية او الحيثيات المرضية التي تشملها التسمية ، تدلل كلها على ان المرض له طبيعة نفسية ، وبأن العوامل النفسية لا بد ان تكون فعالة في تكوينه ، وقد كان يرى بأن المرض هو حالة عقلية توجد فيها مختلف الاتجاهات والافكار والامكانيات المتضاربة بعضها مع بعض والى الحد الذى يؤدي الى فقدان التوازن وانفصام تكامل الشخصية . ومن الادلة على ان بلولر كان يدرك اهمية الاساس النفسي للمرض ، هو انه اوصى بضرورة استقصاء الحالة المرضية نفسياً ، وعلاج المريض بالطرق النفسية . ومن الواضح ان بلولر كان متأثرا بذلك بالنظريات والآراء التي جاء بها فرويد ويونج وبالحركة التحليلية النفسية التي كانت نشطة وفعالة في تلك المرحلة الزمنية .

*

من هذه البدايات حول افتراض الاسباب النفسية للمرض الشيزوفريني ، توالت النظريات والفرضيات بهذا الشأن وقد اتخذت هذه النظريات عدة اتجاهات ، منها ما يفسر المرض على اساس من الخطأ في عمليات نمو الحياة النفسية ، وهي نظريات معظمها تحليلية جاء بها فرويد واتباعه . ومن النظريات النفسية ما يعارض أو لا يتفق مع النظريات التحليلية الفرويدية . اما الاتجاه الاخر فهو ينظر الى العوامل النفسية بأنها تتفاعل مع الامكانيات الجسمية للفرد وتؤدي الى ظهور تغييرات فيزيولوجية في الجسم ، وهي التغييرات التي يعتقد بأنها ذات اثر في تكوين الشيزوفرينيا . ويصطلح على النظريات التي تفسر المرض على هذا الاساس بالنظريات السايكوسوماتية ، او النفسية الجسمية ، او النفسية الفيزيولوجية ، ومن الباحثين من يضيف اليها التعبير الاجتماعي لتصبح الاجتماعية النفسية الفيزيولوجية . وفيما يلي خلاصة لاهم النظريات الواردة في هذا الموضوع ، ندرجها تحت العناوين التالية :

١) النظريات التحليلية لفرويد واتباعه :

فرويد : رأي فرويد في الشيزوفرينيا حالة من نكوص اللبيدو (الطاقة الجنسية) من الحب

الموضوعي الى الحب الجنسي الذاتي «النرجس»، غير أنه رأى بأن الفرد في هذه الحالة يحاول في نفس الوقت العودة الى الموضوع الذي نكص منه والابقاء على الصلة معه. وقد فسر فرويد الأعراض المرضية التي يعانيها المريض بأنها تعبير عن خسارة الموضوع وعن محاولة الرجوع اليه. فالمريض الشيزوفريني ينكص الى دور نرجسي في حياته، وهو قد فقد صلته بالمواضيع حوله، وهكذا فقد ابتعد عن الواقع، وفي مثل هذه الحالة فان ذاته (الانا Ego). قد تحطمت، وفي هذا التحطيم ما ينوه بعودته الى تلك اللحظة في حياته ونمو شخصيته قبل أن تتكون ذاته، او عندما كانت على وشك أن تتكون. هذا وقد عزا فرويد الأوهام الاضطهادية الى اصول من الدوافع الجنسية المثلية.

ابراهام Abraham : ولعله اسبق من فرويد الى افتراض اثر عملية النكوص الجنسي الى دور سابق من الجنسية الذاتية، والتي يحصل فيها الفرد على لذته الجنسية من ذاته بدل الحصول عليها من موضوع خارجي. وفي وقت لاحق رأى ابراهام بأن الصدمة الجنسية او النكوص الى دور سابق لا يقرران المرض الشيزوفريني، وانما اعراض المرض فقط، ويقول في ذلك:

«ان التجارب ذات الطابع الجنسي، سواء كانت لها القيمة الفعلية للصدمة، او انها تحدث انطباعا أقل شدة على الحياة الجنسية الطفولية، فانها ليست السبب للمرض، وانما مجرد مقررات لأعراضه، وهي ليست سببا للأوهام والهلاوس، وانما تعطيها فقط محتوياتها الخاصة بها...».

توسك Tausk ، والذي رأى في المرض الشيزوفريني بأنه نتيجة لخسارة الفرد لحدود ذاته، وبنتيجة لهذه الخسارة فان المريض يشعر بأن الآخرين يستطيعون قراءة افكاره ومعرفتها بدون ان يفضي هو بها، وهو لذلك لا يملك حس الفردية والخصوصية التي يحملها الشخص الطبيعي.

فيربرن Fairbairn ؛ ومن آرائه ان صاحب الشخصية الشيزية هو فرد غير قادر على التصدي للصراعات النفسية، وهو لذلك غير قادر على الحب، ويتهيب من الطاقة الجنسية والتعبير الطبيعي عنها، وهذا يدفعه الى حالة من النرجسية، والى اضفاء الطاقة الجنسية على الموضوع الذي استبطنه في ذاته، وهذا بدوره يخلق فيه صفة العظمة للموضوع أو المواضيع التي استبطنها، كما يخلق صفة المتعة للمواضيع الخارجة عن الاستبطان، ونتيجة لذلك كله هو اضعاف الذات (الأنا) وانقسامها.

هارتمان Hartmann ؛ وهو يرى بأن الشيزوفرينيا مرض ينجم عن فشل الفرد في تحييد نزعة التحدي، وهذا بالتالي يؤدي الى عجز الذات عن القيام بواجباتها الدفاعية الفعالة مما يؤدي الى انقسامها أي (الذات)، والى بروز مظاهر العنف في السلوك، كما انه رأى بأن من نتيجة ذلك هو دمج العالمين الداخلي والخارجي في شعور الفرد، مما لا يؤهله للتفريق بينهما، وما ينجم عن ذلك من تعطيل المقدرة لفرد على ادراك الواقع كما هو.

ارلو وبرونر Arlow and Bruner : واللذان يؤكدان على الدور الذي يلعبه القلق في تكوين المرض، وهما يجدان في المواقف المثيرة للصراعات النفسية المثيرة للقلق والتي يواجهها الفرد ما يدفعه الى النكوص الى دور سابق آمن في نموه للتخلص من هذا القلق. والباحثان لا يجدان لذلك فرقا جوهريا بين الشيزوفرينيا والمرض النفسي الا من حيث درجة الكم فقط.

فيدرن Federn : لا يعتقد فيدرن بأن مرض الشيزوفرينيا ناجم عن انسحاب التركيز على الموضوع ، وانما بسبب زيادة التركيز على المواضيع ، وبأنه ليس نتيجة خسارة الموضوع الذي يحبه الفرد ، وانما لأن « آنا » المريض قد فقدت التركيز النفسي ، فأنا المريض تصبح فقيرة وتنقصها المقدرة على تركيز الطاقة النفسية ، وغير قادرة على اختبار الواقع . ففي الشيزوفرينيا تكون « آنا » الفرد ضعيفة التركيز للطاقة النفسية ، وتفقد حدودها ، وبنتيجة ذلك يصبح من المتعذر على المريض ان يدرك الواقع .

٢) النظريات التحليلية غير الفرويدية :

هنالك العديد من النظريات التحليلية غير الفرويدية التي جاء بها الكثيرون من اتباع فرويد او المنشقين عنه، وفيما يلي خلاصة لأهم آرائهم . .

روزنفيلـد :

وفي رأيه « . . ان أجزاء مريضة عقليا من الشخصية يمكن لها ان تنشطر في الطفولة الصغيرة، بينما اجزاء اخرى من النفس تنمو في الظاهر بصورة طبيعية، وتحت ظروف معينة، فان الأجزاء المريضة عقليا يمكن ان تنفذ الى الظاهر، محدثة حالة حادة من المرض العقلي، الشيزوفرينيا على سبيل المثال، ولهذا فإن الواحد يفترض بأن هنالك نوعاً من الاستعداد للمرض الشيزوفريني موجوداً في الفرد منذ الولادة . . وفي هذه الحالات فان الغريزة المحطمة يبدوا انها بالأصل التكويني اكثر قوة، وبهذا تسيطر على الأنا (Ego) الضعيف التكوين والذي يميل الى حالة من التجزئة والانقسام»، ثم يقول: «ان الشيزوفريني الكامن والمزمن قد بنى لنفسه عمليات من الانشطار كدفاع ضد حالة الارتباك العقلي، وهذه العمليات كثيرة ما تجعل من الصعب عليه ان يشعر بالكثير من العاطفة . واذا ما اقترب من الاحساس بعاطفة الحب، فانه بسرعة يصبح مهدداً بحالة من الارتباك، ولعل هذا هو السبب في ان المرضى بالشيزوفرينيا كثيرا ما ينهارون عندما يصبحون على تماس قريب بموضوع حبهم».

هارتمـــان Hartmann :

وهو يعتقد بأن سبب الشيزوفرينيا يرتبط بفشل الفرد في تحييد عاطفة التعدي، وهذا الفشل في رأيه يؤدي الى عجز «الأنا Ego» في القيام بمهامها الدفاعية . . . ويجد هارتمان سبب الفشل في تحييد التعدي اما في الوراثة او في العوامل المحيطية .

سلفـــــان Sullivan :

ابتدأ سلفان باعتناق النظريات التحليلية الفرويدية، غير انه تركها، وجاء بنظرياته الخاصة حول هذا الموضوع، والتي كان لها تأثير واضح على غيره من المنظرين مثل فريدا رايخمان، واريتي . وفي رأي سلفان ان سبب الشيزوفرينيا يعود الى التداعي العظيم للتجربة بسبب القلق الشديد، فالفرد في رأيه، اذا ما عاني من القلق فان جزءا معانياً من نفسه يتكون وهو الجزء الذي ينكره من ذاته، ويظل هذا الجزء في حالة تداع (تفكك) . . . ويقول سلفان : « . . . اذا امكن وصف الأمر في كلمات، فان بالامكان القول بأن الشيزوفريني يعاني من حالة خوف لا يتوقف من ان يصبح شكلاً مكروها الى الغاية من اللاشيئية

بسبب تلاشي النفس». وفي رأي سلفان ان خوف الشيزوفريني يعود الى العلاقة الخاطئة التي تربطه بوالديه وهي العلاقة التي تفقده تقدير الذات وتؤدي الى تفككه النفسي.

آريتي Arieti :

في رأي اريتي ان الشيزوفرينيا هي حالة نكوص تجعل المريض يلجأ الى استعمال مستويات اقل كفاءة من الدمج العقلي، وهذا النكوص في رأيه يبدو بأن له هدفاً، ذلك ان الفرد قد يستطيع الحصول في حالة النكوص على ما يرجوه من النتائج، وبهذا فانه يتجنب القلق.

يونـغ :

وفي رأيه ان العملية الشيزوفرينية تجد جذورها في اللاوعي الجماعي والبدائي، ويقول «... ان انفصال المريض الشيزوفريني عن الواقع، والنقص في اهتمامه بالواقع الموضوعي، فإن (كل ذلك) ليس من الصعب تفسيره عندما نأخذ بعين الاعتبار بأنه باستمرار يظل تحت امرة عقدة لا تقهر... انه يحلم بعيون مفتوحة. ومن الناحية النفسية فانه لم يعد قادراً على تكييف نفسه على ما يحيط به».

ويتضح من هذه النظريات التحليلية الفرودية منها وغير الفرودية بأنها تشترك في اثارة عناصر اللاوعي، وفقدان التماس مع الواقع، والتعدي، والنكوص بسبب الشدة، كعوامل فعالة في تكوين الاستعداد او الاتجاه نحو المرض الشيزوفريني.

٣) النظرية النفسية الجسمية :

طبقاً لهذه النظرية، فان الفرد المتجه نحو الاضطراب الشيزوفريني يعاني من اضطراب نفسي، فهو يبدأ بفعل متعارض لفرد يتخلى عن حماية نفسه من اجل حماية اولئك الذين يترتب عليهم حمايته، وهو في حالة من عدم التوازن الشديد بين الطاقة الجنسية وبين الحاجة للتعبير عن العنف، كما انه يعاني من الصراع ضد دوافعه العدوانية وخوفه من ان هذه الدوافع ستفلت من سيطرته، ومن كان يعاني من مثل هذه الدرجة الشديدة من الاضطراب النفسي فان جهازه العصبي المركزي والجهاز العصبي العاطفي التلقائي، لا بد ان يتأثر بفعل ذلك، كما ان هنالك امكانية في ان يتأثر بذلك نظامه الهرموني والجسم بصورة عامة.

٤) النظرية الاجتماعية النفسية الجسمية :

هذه النظرية تجمع بين فعل العوامل الاجتماعية والنفسية والجسمية في تكوين المرض الشيزوفريني. وقد جاء ولمان wolman بهذه النظرية، والتي يمكن تلخيصها بما يلي: ان العامل النفسي هو نتيجة تكوين الشخصية وديناميتها المميزة لهذا الاضطراب، اما العامل الأجتماعي فيتوفر نتيجة للخطأ في العلاقات الشخصية بين الفرد وبين مجتمعه وخاصة في عائلته، وهو الخطأ الذي يكشف عن الاضطراب الكامن في الحياة النفسية للفرد، أما العامل العضوي (الجسمي)، فانه يتضح من ان التفاعلات الشخصية الضارة تؤدي الى عطل عضوي في جسم الفرد، وهكذا فان المرض الشيزوفريني يمثل تضافر وتفاعل العوامل الاجتماعية والنفسية والجسمية في تكوينه.

٥) النظرية العصبية النفسية :

بافلــوف :

لاحظ بافلوف بأن الشيزوفريني سريع التهيج ويميل الى ردود فعل تزيد عن المعتاد، ولهذا افترض بأن المرض الشيزوفريني هو حالة من النهي الواقي للقشرة الدماغية، وبأنه يمتد في حالة الكاتاتونيا الى مراكز تحت القشرة الدماغية والى الجهاز العصبي العاطفي، فالشيزوفريني عندما تشتد إثارته فانه قد ينفجر بحالة من الغضب الشديد. ويفسر ذلك على انه عملية وقائية للقشرة الدماغية هدفها وقاية الخلايا العصبية من اي اثارة زائدة، وبأنه لذلك يمثل انعدام السيطرة من القشرة الدماغية على المراكز العصبية تحت القشرة الدماغية.

٦) النظرية الوجودية :

تفسر المدرسة الوجودية المرض الشيزوفريني بأنه حالة من «ارتخاء الوعي».. مما يؤدي الى انخفاض حس الواقع عند الفرد، والمريض في هذه الحالة يشعر بمحدودية انسانيته والى الدرجة التي يتوقف عندها من الشعور بأنه موجود فعلا.

٧) نظرية الشدة والارهاق

نظرية الشدة والارهاق مستمدة في بعض نواحيها من القياس مع اثر القوة الطبيعية التي تقع على جسم ما في المحيط وتؤدي الى احداث تغيير في بنيته. ومن مفهوم هذه القوة انها طاقة خارجة عن جوهر الشيء ذاته الذي تقع عليه هذه القوة. وطبقا لهذه النظرية فان الفرد طوال حياته يتعرض لفعل ضغوط خارجه عنه، والكثير من هذه الضغوط التي يتعرض لها الفرد هي ضرورة لازمة لنموه ولمقدرته على التعايش مع محيطه. ذلك أنها تفرض عليه الاستجابات اللازمة التي تمكنه من التكيف على متطلبات الحياة والتعامل مع هذه المتطلبات بكفاءة. غير ان ضغوط الشدة قد تزيد عن هذه الحاجات، وعن درجة مقدرة الفرد على تحمل وطأتها، كما أنها قد تؤدي الى استجابات ضارة اما تسبب تحطيماً لأجهزة تحمله النفسي، او الى قيام تطبع غير طبيعي لا يتمكن الفرد بسببه من التعامل بكفاءة مع متطلبات محيطه. ويعتبر المرض الشيزوفريني طبقا لهذه النظرية مظهرا من مظاهر هذا النوع الأخير من الشدة التي تزيد عن الحاجة وتؤدى الى فقدان التحمل او الى التطبع الخاطيء. وفي تعيين انواع الشدة التي تساهم في تكوين المرض الشيزوفريني يقدم الباحثون الحالات التالية من الشدة والارهاق والتي يمكن لها ان تزيد على مقدرة الفرد على التحمل او ان تستنفذ طاقته الممكنة على التكيف على مقتضياتها. ومن هذه خسارة للوظيفة، وفقدان الطمأنينة المعيشية، والمرض، والتغرب، والتعرض للاذى، والخوف، والفراق بسبب الوفاة، ومواجهة تحمل المسؤولية بالزواج، والعيش المفرد. وقد تبين في دراسة مقارنة قام بها الباحثان (روجلر وهو لنجزهد Rogler and Hollingshead) على مجموعة من المرضى ومجموعة من الأصحاء، بأن المرضى قد تعرضوا في السنة السابقة لمرضهم الى حوادث اكثر من الشدة والارهاق مما تعرض له الأصحاء. وهنالك على العموم ما يبين توفر زيادة الشدة والارهاق مباشر قبل وقوع المرض في الحالات الشيزوفرينية الحادة،

وهي ملاحظة اكثر ورودا في حياة المرض من الشرائح الاجتماعية الأقل مستوى في النواحي الاجتماعية والاقتصادية . غير ان جميع هذه التجارب ليس لها الفعل المخصص للمرض ، بل ان فعلها كعامل شدة ، يختلف بين فرد وآخر وفي الفرد نفسه بين حين وآخر . ولعل الشيء الأهم في أي عامل منها هو المحتوى الكلي للظرف الذي يقع فيه العامل ، ومدى وطبيعة التهيئة التي يتمتع بها المريض في ذلك الظرف ، وهذا يفسر كيف ان فردا ما عند تعرضه لتجربة شدة معينة يصاب بالمرض بينما هو لم يصب بها عند التعرض لتجربة شدة مماثلة او حتى اشد في وقت سابق ، او ان غيره لم يصب بحالة مرضية مماثلة عند تعرضه لشدة مساوية وفي نفس الزمن .

ان من متفرعات نظرية الشدة والارهاق ، النظرية التي تفترض بأن الشخص الذى يملك الاستعداد للاصابة بالمرض الشيزوفريني ، مهما كانت اسباب هذا الاستعداد ، فانه شخص يتمتع بمقدرة اقل على تحمل الارهاق والشدة . وقد افادت بعض الابحاث بالفعل بأن هنالك مستويات اعلى من هرمونات الأدرينوكور تكون في مصل الدم ، غير ان هذا الارتفاع يفسر على اسس اخرى تبعده من ان يكون سببا للمرض ، وينظرا اليه بدلا من ذلك كمصاحب للاضطراب النفسي وكتعبير عن الاضطراب في سلوك المريض .

ومن الملاحظات الجديرية بالتأمل في امر العلاقة بين الشدة وبين المرض الشيزوفريني ، هي ان هذه العلاقة اكثر وثوقا في الحالات الشيزوفرينية الحادة ، وخاصة الحالات التي تحدث لاول مرة ، فهذه ترتبط في الكثير من الاحيان بتوفر عامل الشدة والارهاق في حياة الفرد ، كالفشل في الامتحان او حتى مواجهة الامتحانات ، والدراسة في موضوع لا يميل الطالب اليه ، والفشل العاطفي ، والتغرب في الدراسة ، والدخول في تعاقد للخطبة او الزواج . والزواج الفعلي ، وتحمل مسؤولية جديدة او اضافية ، والانتقال الى بيت جديد او محيط جديد في العمل او السكن ، والفراق في الحياة او بسبب الموت ، ومواجهة المواقف التي تنذر بالخطر ، وحالات التعرض للشدة الجسمية او النفسية من أي مصدر كان . هذا ولا يقتضي بالضرورة ان يكون أي من هذه المواقف اكثر شدة من المعتاد ، ويكفي ان يتحسس به المريض وكانه اكثر مما يستطيع مواجهته وتحمله . وبالنظر لارتباط هذا النوع الحاد من حالات الشيزوفرينيا بمواقف الشدة ، فان الكثيرين لا يصفون هذا النوع من المرض من جملة الحالات المرضية الشيزوفرينية ، وهم يكتفون باعتبار هذا النوع الحاد بأنه انفعال (مشابه للشيزوفرينيا Schizophreniform) ، واذا اخذنا بهذا الرأي ، فاننا نجد بأن عدداً كبيرا من الحالات الشيزوفرينية التي نراها انما هي نتيجة هذا النوع من الشدة .

ومع ادراكنا لاهمية عوامل الشدة في احداث المرض في الكثير من الحالات ، الا ان هذا الفعل قد لا يكون اكثر من فعل عامل مساعد لدفع الاستعداد الى حالة المرض ، غير انه لا يتوفر اى دليل حتى الآن على ان الارهاق في حد ذاته وبدون هذا الاستعداد يكفي لتكوين الحالة المرضية . وهذه ملاحظة ما زالت قائمة ، فقد ادركها السير او برى لويس قبل نصف قرن تقريبا بقوله بأن ما من تجربة او شدة مهما عظمت تكفى في حد ذاتها لاحداث المرض الشيزوفريني في فرد لا يتوفر فيه الاستعداد للاصابة للمرض . والى جانب هذا التأكيد يقوم تأكيد آخر يفيد بأن كل محاولة لمنع مواقف وحالات الشدة في حياة اى فرد توفر له من ذاته الاستعداد الكافي للاصابة بالمرض ، فانه لا يمكن لمثل هذه المحاولة ان تحول بصورة مضمونة دون

قيام حالة المرض او اصابة المريض بانتكاسة ثانية لمرضه، ومع وضوح أهمية الشدة أو الصدمة النفسية في ترسيب المرض الشيزوفريني، الا أنه لم يثبت حتى الآن بأن صدمة معينة دون غيرها تؤدي الى ذلك، كما أنه لا يتوفر حتى الآن أي تفسير مقنع لكيفية فعل مثل هذه الصدمة في تكوين المرض.

٨) الحساسية المفرطة :

من النظريات التي قدمت لتفسير المرض الشيزوفريني وبيان طبيعته، هي النظرية التي بنيت على الملاحظة بأن المرضى بهذا المرض هم على العموم اكثر حساسية من الناس الطبيعيين، كما انهم اكثر استعدادا للاستثارة بالاثارات الحسية والعاطفية التي يتعرضون لها والتي لا يستثار بها الفرد الطبيعي عادة بمثل الدرجة من الانفعال، كما يلاحظ بأن المريض الشيزوفريني ينتبه الى عدد اكبر من الأحاسيس في اي وحدة زمنية معينة من الفرد الطبيعي، وهذا يشمل الأحاسيس البصرية وغيرها، وتفترض هذه النظرية ان هذه الحساسية الزائدة تتقرر بفعل الوراثة، وبأنها تطور الحالة المرضية كما يلي: ان الفرد الاعتيادي ينتبه الى قدر معين من الأحاسيس الواردة الى الدماغ، وهذا يتقرر طبقاً لمقدرة الجهاز العصبي المختص على تلقي وترجمة هذه الأحاسيس، بينما في الشخص المهيأ للمرض الشيزوفريني، فإن الأحاسيس الواردة الى الجهاز العصبي تفيض كثيراً على مقدرة هذا الجهاز على التعامل معها، كما ان سرعة تدفقها تزيد من تعقيد الموقف والذي يؤدي الى اكتظاظ سيل هذه الأحاسيس وانسداد سيرها، وهذا يؤدي بالتالي الى تعطيل عملية التنظيم والنهي لهذه الأحاسيس، وهي العملية الضرورية لاقامة التوازن بين هذه الأحاسيس وبين الوعي لها. وتفسر هذه النظرية ظاهرة انسحاب المريض عن الاتصال مع الواقع حوله، بأنها محاولة وقائية يعزل المريض فيها نفسه عن الانتباه الى فيض الاثارات التي لا يملك المقدرة الكافية على التعامل معها، أو القابلية العصبية على نهيها او تنظيمها بصورة طبيعية، كما انها تفسر فعل الأدوية المعقلة بأنه يحدث عن طريق الفعل التثبطي لهذه الادوية، وهو الفعل الذي يسهل عملية النهي التي تمارسها المراكز العصبية العليا. وهناك أمثلة عديدة عن الحساسية المفرطة وردود الفعل الزائدة عن المعقول، والتي يتصف بها المرضى الشيزوفرينيون في دوز او آخر من ادوار مرضهم، ومع ان هذه الملاحظات تسند الافتراض بوجود خلل او خطأ في مراكز الاستلام والنقل والترجمة والانتباه لهذه الاحاسيس، غير انه لا يعقل ان يكون هذا الخطأ وحده كافياً لاحداث المرض، ولا بُد لذلك من اعتبار هذا الخطأ مجرد جزء او مظهر من عمليات اوسع مداراً من ذلك.

الخلاصـــــة :

بالرغم من وفرة النظريات السببية للمرض الشيزوفريني، وكثرة الابحاث العلمية حول هذا الموضوع، فان اسباب هذا المرض ما زالت لغزا يصعب حله، ومن الواضح ان ما من نظرية سببية واحدة تكفي لتفسيرنشوء هذا المرض في فرد ما، وهنالك حظ اقل لمثل هذه النظرية إن وجدت، في تفسير الأنواع المختلفة لهذا المرض.

لقد اتجه الباحثون الى افتراض اسباب المرض في مجالين اساسيين، الأول هو مجال الوراثة، والثاني هو مجال المحيط. ومن متابعة مختلف الملاحظات والبينات المتوفرة حتى الآن، يتضح بان للوراثة اهمية لا

يمكن اغفالها في تسبب هذا المرض، وهذا هو ما لا بد من استنتاجه من نسبة وقوع المرض في الشجرة العائلية لبعض العائلات، ومن الدراسات على التوائم المتماثلة التي يكون أحد الاشقاء فيها مصابا بالمرض، بالمقارنة مع نسبة وقوع التوافق المرضي في التوائم غير المتماثلة، واخيرا من الدراسات على التبني لأطفال من سلالة مرضية، بالمقارنة مع التبني لاطفال من سلالة طبيعية. غير ان هذه البينات المقنعة عن فعل العامل الوراثي في تكوين المرض، ما زالت غير كافية للجزم بأن المرض يتكون من فعل الوراثة فقط، وما زال يتحتم على الباحثين تعيين طبيعة العامل او العوامل الوراثية وكيفية انتقالها، والطريقة التي تعبر فيها الوراثة عن وجودها، والعوامل المختلفة التي لها ان تسهل او تعيق تحقيق الامكانيات الوراثية. ان النظريات عديدة حول ماهية العامل الوراثي واسلوب انتقال هذا العامل، والطريقة التي يعبر فيها عن وجوده، والافتراض السائد الآن هو ان هنالك عدة جينات تشارك في تكوين الأساس الوراثي، وان هذه الجينات لا تنقل المرض مباشرة وانما فقط الاستعداد للمرض، هذا ومن غير الواضح الكيفية التي يظهر عليها هذا الاستعداد، وان كان المعتقد بأنه يأتي على صورة استعداد عام نحو الاصابة بالاضطراب المرضي النفسي. اما الذي يحقق هذا الاستعداد في اتجاه أو آخر من الاتجاهات الممكنة كالمرض الشيزوفريني او الشخصية الشيزية، او السلوك السايكوبائي وغيرهامن الحالات التي تعتبر ضمن حدود الطيف الشيزوفريني، فانما يعود تقريره الى فعل عوامل أخرى غير وراثية، وهي العوامل الطارئة اثناء مراحل النمو المختلفة والتي يتعرض اليها الفرد منذ بدء تكوينه الجيني وحتى قيام المرض، ويعبر عن هذه العوامل على اختلاف انواعها وصورها، بأنها العوامل المحيطية، ويدخل ضمن هذا المصطلح جميع ما يمكن ان يؤثر في وراثة الفرد، من عوامل عضوية مادية اثناء الحمل وبعد الولادة، ومن عوامل نفسية تشمل تجارب الحياة في جميع المجالات الممكنة من عائلية واجتماعية وحضارية واقتصادية.

ان الكثيرين يعتقدون بأن الوراثة وحدها تقرر نشوء المرض، وآخرين غيرهم بأن المرض هو نتيجة فعل البيئة والمحيط بالمفهوم الواسع لهذا الفعل. ولعل من الخطأ ان يدخل المرء في عملية من الجدل التفاضلي بين اهمية الوراثة او المحيط في تسبيب المرض، ذلك ان عزل فعل الواحد عن الآخر ما زال حتى الآن متعذرا على الباحثين، والى ان يمكن ذلك فان افضل ما يمكن ان نأخذ به عن اسباب المرض هو ان المرض ينشأ عن فعل عوامل وراثية تعطي الفرد درجة من الاستعداد نحو المرض، وبأن عوامل المحيط المختلفة هي التي تساعد على عملية تكوين المرض. اما اي العوامل المحيطية هي التي تقوم بهذا الفعل، فهو امر ما زال غير مؤكد حتى الآن، ولهذا فسيظل فعل المحيط فعلا افتراضيا الى أن تتأكد نوعية وطريقة فعل العامل المحيطي.

ان الكثير من الابحاث تؤكد وجود بينات كيمياوية في بعض المرضى المصابين بالمرض، وهذه البينات تشمل الأنزيمات والهرمونات والناقلات العصبية وغيرها من المواد، وتفترض بعض النظريات ان هذه البينات الكيمياوية هي السبب في قيام المرض، غير أن الأمر قد لا يتعدى كون هذه المواد مجرد حلقة في سلسلة من الحلقات السببية، وان ما يفسر المرض يسبق هذه الحلقة بحلقة أو أكثر، وهي الحلقات التي ما زلنا نجهلها حتى الآن، والتي لا بد من جلائها لكي نصل الى الفهم الصحيح للمرض واسبابه، اما متى سيكون ذلك ممكنا ـ فهو أمر لا يستطيع احد تشوفه، خاصة واننا ما زلنا، برغم مسيرتنا الطويلة، في بداية الطريق نحو مثل هذا الفهم.

٥ ـ العوامل المرسبة للمرض

هنالك ميل واضح عند معظم المعنيين بامر المريض العقلي ، وخاصة من أهله وأولياء امره ، لان يعزوا قيام المرض الى فعل عامل اوتجربة معينة سببت قيام المرض ، ولعلهم في ذلك يبرئون انفسهم من ان يكون لهم مساهمة في نشوء المرض اما عن طريق الوراثة ، او بسبب تنشئتهم وتربيتهم للمريض . والواقع ان الكثير من حالات هذا المرض ترتبط زمنيا بعامل او تجربة معينة في حياة المريض مما قد يوحي بان هذا العامل او التجربة هو السبب الهام في تكوين المرض ، وبانه لولا ذلك لما حدث المرض أبدا . غير ان من الثابت بان مثل هذه العوامل او التجارب مهما كانت شدتها وتكرارها لا يمكن أن تكون كافية لاحداث المرض في فرد لا يوجد لديه استعداد اصيل للاصابة بالمرض ، فاذا ما وجد هذا الاستعداد ، فان ما يحدث للمريض ، من تجارب يمكن ان يكون عاملا يدفع بالاستعداد الى قيم الحالة الفعلية للمرض . غير ان جميع الحوادث التي تواجه الفرد والتي ترتبط زمنيا بالمرض ليس لها بالضرورة فعل الترسيب للمرض ، وانما قد تكون في واقع الامر عارضا من اعراض المرض وليس سببا في ترسيبه . مثال ذلك ورود حالة من المشاكل العاطفية او مشكلة الرسوب في الدراسة ، وهي المشاكل التي قد تكون في الاصل تعبيرا عن اضطراب صاحبها لا سببا في قيام المرض ، وان كان بالامكان ان تصبح النتيجة سببا يساعد في استمرارية المرض وتطويره .

ان العوامل المرسبة للمرض عديدة ، ويمكن لأي تجربة جسدية او نفسية او عاطفية ان تساعد على ترسيب المرض في الفرد المهيأ باستعداد للاصابة بالمرض ، او ان تؤدي الى انتكاسة ثانية بعد ما بدا من شفائه . غير انه ينبغي ادراكه هو أن أي تجربة يتعرض لها الفرد لا تضمن بالضرورة ان يترسب المرض فيه ، كما ان هنالك تفاوتا بين مريض وآخر ، وحتى في الفرد الواحد بين حين واخر في وقع التجربة عليه ، ومقدرة هذه التجربة على ترسيب المرض فيه ، وهو الامر الذي يدلل على ان مقدار التهيئة او الاستعداد للمرض هو اهم من العامل او التجربة المرسبة في حد ذاتها ، كما يدلل على ان هنالك فروقا بين الافراد في مدى استعدادهم للمرض من ناحية ، وفي مغزى ووقع التجربة المعينة على حالتهم العقلية .

ان العوامل التي ادينت في ترسيب المرض الشيزوفريني عديدة ، وهذه العوامل هي على العموم طارئة وحادة ، ومن هذه الحمى ، وتخفيض الوزن السريع ، والعمليات الجراحية ، والحمل والولادة والشدة على الرأس ، وحالات الوفاة في العائلة ، والازمات العاطفية والمالية والوظيفية ، والعلاقات العائلية والشخصية ، والفشل الدراسي ، والحالات التي تجلب شعور القلق والخوف . ولعل اهم النتائج التي يمكن ان يستنتجها الباحث في أمر العوامل المرسبة واثارها في تكوين المرض ، هو انه كلما كانت هذه العوامل طفيفة ، كلما كان ذلك مؤشرا الى أن الاستعداد للمرض عظيم ، وانه كلما كانت هذه العوامل شديدة ومتكررة ، كلما اظهر ذلك بان الاستعداد للمرض قليل نسبيا مما يتطلب فعل عوامل مرسبة بالغة الشدة لأظهاره .

القسم الخامس

حالة الشيزوفرينيا

١ ـ متى وكيف يبدأ المرض الشيزوفريني ؟

متى يبدأ المرض؟!
كيف يبدأ المرض؟!

٢ ـ المرض الفعلي

٣ ـ اعراض الشيزوفرينيا :

الاعراض : الفكرية، العاطفية، السلوكية
التغيير في اعراض الشيزوفرينيا

٤ ـ اصناف الشيزوفرينيا :

المحاولات التصنيفية
الاصناف الاربعة الكلاسيكية
١ ـ البسيطة .
٢ ـ الهبفرينيا .
٣ ـ الكاتاتونيا .
٤ ـ البارانويا .
الشيزوفرينيا الحادة والمزمنة
الشيزوفرينيا التدريجية والانفعالية
اصناف شنايدر، اصناف كلايست
اصناف شنايدر .
اصناف كلايست
اصناف ليونهارت
اصناف ليونهارت
الاصناف الروسية
التصنيف الروسي

٥ ـ الاصناف السريرية :

البسيطة، الهبفرينيا (فصام الشباب)، الكاتاتونيا

الشيزوفرينيا البارونية (الاضطهادية = الشكاكة)

الشيزوفرينيا المزاجية .

الشيزوفرينيا غير المفرقة (الحادة والمزمنة) .

الشيزوفرينيا المتجولة .

الشيزوفرينيا الكامنة .

العصابية الكاذبة .

المتبقية .

المتأخرة .

شيزوفرينيا الطفولة .

المراهقة .

المشابهة .

(المشاكلة) والشيزوفرينيا الحالمة .

٦ ـ الشيزوفرينيا ومراحل العمر

في الطفولة

في المراهقة

في الكبر

٧ ـ البارانويا

١ - متى وكيف يبدأ المرض ؟!

متى يبدأ المرض الشيزوفريني؟!

لعل من الصعب تعيين الزمن الذي يبدأ فيه المرض، ذلك ان البداية في الكثير من الحالات قد تكون بطيئة، والى درجة يتعذر معها رصد التغيير الحادث في الفرد، وفي الكثير من الاحيان تصبح عملية التغيير البطيئة في الفرد وكأنها من خصائص شخصيته المميزة له في محيطه، والتي يقبل بها على علاتها وكأنها حالة طبيعية لا مرضية. غير ان بداية المرض، الظاهرة على الاقل، قد تكون اكثر وضوحا وارتباطا بزمن معين وحدث معين، وهذا اكثر ما يحدث في الحالات الحادة والعاصفة من المرض، والتي لا تؤذن بالضرورة ببداية المرض اكثر مما تؤذن بظهوره لملاحظة الغير.

ان الحالة المرضية قد تبدأ في الظاهر وكأنها عملية تلقائية لا ترتبط بحدث او تجربة معينة، كما انها قد تبدو احيانا وكأنها نتيجة حدث معين تكونت على اثره او بسببه، وقد يكون ذلك في بعض الحالات، غير ان امعان النظر فيما يحدث ولمن يحدث له ان يفيد في كثير من الاحيان بان ما بدا وكأنه سبب للحالة المرضية او مرسّب لها، ما هو بالفعل الا نتيجة للحالة المرضية، والدليل على قيامها بالاصل. غير انه يجب ان لا تغفل حقيقة هامة وهي بان لبعض الحوادث والتجارب التي يتعرض لها المؤهل للمرض الشيزوفريني دلالات ومعاني خاصة له، ولهذا فلها ان تتفاعل مع قاعدته النفسية بشكل يختلف اختلافا جوهريا عن مثل هذا التفاعل في حياة فرد طبيعي. فالخسارة والفراق والفشل والتغرب والازمات العاطفية والموت والطلاق ومواجهة المسؤولية، وغيرها من الحوادث قد يكون لها وقع معين ومعاني رمزية تفوق وتختلف عما هي عليه بالنسبة للفرد الطبيعي، والواقع ان الكثير من الاعراض المرضية الشيزوفرينية يحمل ويعبر، ولو بطرق رمزية في غالب الاحيان، عن مثل هذه المعاني.

ان البداية التدريجية للمرض قد تظل بداية غير محسوسة وغير مدركة من الغير، حتى لو لوحظت فانها قد تعزى الى عوامل معينة خارجة عن ذات الفرد، وتفسر على انها نتيجة طبيعية لمثل هذه العوامل، ثم ان المريض نفسه قد تكون له البصيرة الكافية التي تمكنه من التغطية على اعراض مرضه باسلوب ما، او بادعاء مبررات تفسر سلوكه وتفكيره. وقد يكون كل ذلك مقبولا للغير وبهذا ينجح المريض في التغطية والتمويه على مرضه لمدة اطول. ثم ان هنالك واقعا آخر، وهو ان الحالة المرضية، وهي حالة من التصدع في شخصية الفرد، لا يقتضي لها ان تظهر في آن واحد وفي جميع المقومات الشخصية من عقلية وعاطفية

وسلوكية ، ذلك انه يمكن ان تظهر في مجال من هذه المقومات قبل غيره ، كأن تظهر على شكل اضطراب في المجال العاطفي ، يمكن ان يحمل على الاعتقاد بأن الحالة المرضية هي حالة مرضية مزاجية كآبية او هياجية ، او ان تكون في المجال السلوكي ، وتشخص وكأنها حالة سايكوبائية او هستيرية او اخلاقية ، وهكذا .

كيف يبدأ المرض الشيزوفريني؟!

بداية المرض بمعناها الصحيح يجب ان تستقصى إلى الأساس الوراثي للفرد والى ذلك الزمن في تاريخ حياته الذي قد يعبر فيه عن هذا الأساس على صورة اختلاف او اضطراب في شخصيته . ولو اصبح هذا الاستقصاء ممكنا لتبين للباحث بان بداية المرض هي عملية تدريجية وبطيئة وبأنها تتم عبر زمن طويل . وفي الدراسات التي امكن فيها رصد أدوار نمو بعض الأفراد الذين اصيبوا فيما بعد بالمرض الشيزوفريني فقد تبين ظهور دلائل ومؤشرات عبر سنوات طويلة لاضطراب في شخصية الفرد يسبق الوقوع بالمرض مما له ان ينبيء باحتمال وقوع المرض . ومع أن مثل هذا الواقع هو أكثر وروداً في ماضي اولئك الذين يأتي مرضهم بشكل تدريجي وبطيء ومتواصل ، وهم ليسوا الأكثرية من المرضى ، الا ان بالامكان ايضا العثور على بعض الدلائل المنبئة بالمرض حتى في الحالات الحادة والتي تبدو ظاهريا بأنها غير متصلة بأساس سابق من الاتجاه نحو المرض . وهكذا فإن من الصعب ان لم يكن من المتعذر التوصل الى نقطة الابتداء لوجود المرض . وهنالك بطبيعة الحال فروق متفاوتة القدر بين تقدير فرد وآخر لنقطة الابتداء هذه ، وهو التفاوت الذي يظهر بجلاء في تفاوت المدة الزمنية التي تمر قبل ان يدرك اولياء امر المريض ، بأن الحالة القائمة هي حالة مرضية عقلية ، وتتطلب الاهتمام والاستشارة والعلاج .

لما كانت الأعراض التي تعتبر بدايات للمرض تبنى على أساس من مظاهر الشخصية السابقة، كما أن عملية البناء هذه تتم بصورة تدريجية تكاد لا تكون منظورة من ملاحظيها، فإن أعراض الابتداء تتواصل وتتشابه وتتداخل مع أعراض الشخصية السابقة الا في الحالات الحادة او شبه الحادة التي تأتي فيها اعراض الابتداء صارخة وتدلل على وجود حدث جديد في الحياة العقلية للفرد. هذا وليس للباحث ان يفترض بان اعراض بداية المرض تتشابه نوعاً ودرجة بين مريض وآخر، فلكل مريض بدايته الخاصة، لا من حيث ارتباطها بمعالم شخصيته السابقة فحسب، وانما ايضاً من حيث السرعة التي تتلاحق وتتضح فيها الأعراض المرضية، ومن حيث المجال الذي تبرز فيه هذه الأعراض اكثر من غيره من المجالات. واخذ جميع هذه العوامل بعين الاعتبار يمكن ان يفسر ما نلاحظه من ان المسيرة المرضية لكل مريض، كصورتها المرضية، تختلف بين مريض وآخر ولو في حدود ضيقة مما يجعل المريض الشيزوفريني كمرضه حالة فريدة وخاصة لا يمكن لها ان تتساوى تماماً مع حالة أي مريض آخر ومرضه، ومع ذلك فان هنالك بعض أوجه الشبه في بدايات المرض في مجموعات او اخرى من صور المرض الشيزوفريني، وفيما يلي بعض الصور التي يبدأ عليها المرض :

(اولاً) هنالك من المرضى من يبدأ فيهم المرض على صورة اتجاه نحو الانعزال وتجنب الاتصال البيتي أو الاجتماعي، وقد يبدأ ذلك على شكل التوقف عن الدوام الدراسي وعن الاتصال بالاصدقاء أو المشاركة في النشاط والعلائق البيتية . والفرد في هذا الدور قد يبرز سلوكه بتفسير أو آخر، أو أنه قد يتجنب مناقشة الموضوع كليا.

(ثانياً) بداية تتسم بالحساسية المرهفة والانفعالية الشديدة، مما يحمل المريض على تجنب الضوضاء والأماكن العامة والجلسات العائلية، اضافة الى انفعاله الشديد لاقل واتفه الأمور. ومن سمات مثل هذه البداية الانفعالية هي العاطفية الشديدة والفائضة مما لا يتناسب مع الدواعي اليها، اضافة الى ارهاف حس القلق والتحسب مما يدفع بالمريض الى الانزواء والتجنب للغير حتى في نطاق العائلة.

(ثالثاً) انشغال المريض بصورة زائدة أو مفاجئة بعملياته الجسمية، وورود تصورات بان شيئا ما قد اصاب جسمه، يصاحب ذلك عادة مظاهر من الشعور بحدوث تغير في هويته الذاتية، وبأن جسمه كالعالم حوله قد اخذ يتغير ويتخذ صوراً غير واقعية.

(رابعاً) بداية تظهر على شكل اتجاه المريض نحو ممارسات جديدة بالنسبة له ولظروفه الحياتية ولعمره، كالاتجاه نحو المواضيع الفلسفية والصوفية والدينية والتفكير المجرد في امور الخليقة والأنسان.

(خامساً) بداية تتسم بتغيير جذري في السلوك والتعامل وخاصة في المجال الشخصي والعائلي.ففي المجال الشخصي يبدأ المريض باهمال واجباته ومظهره ونظافته وقيافته وطعامه، ويتخذ نمطاً جديداً من تداول اليقظة مع النوم. اما من حيث العلاقات العائلية، فقد يقدم المريض على تصرفات سلوكية منافية تماماً لمظاهر سلوكه السابقة فيلجأ للجدل والعناد او حتى للقيام باعتداء كلامي أو جسدي على اخوته ووالديه مما لم يفعله سابقاً.

(سادساً) بداية تظهر على شكل امعان الفرد بمداعبة الخيال، فيميل الى الركون الى ذهول طويل قد يمتد فيه خياله الى حدود بعيدة ومتشعبة، او انه يتحدد في مجال واحد قد لا يحتوي الكثير من الصور والافكار. وقد تظهر عليه احياناً بعض الحركات المفاجئة في الجسم او الاطراف، او تنبس شفتاه وكأنه يتمتم لنفسه او يبتسم لخاطرة تعبره.

ان هذه الصور وغيرها صور اخرى قد تظهر في المريض الشيزوفريني، وجميعها صور غير عازلة، أي ان ظهورها لا يعني ان الصور الاخرى غير موجودة ذلك ان المريض قد يظهر على صورة أو اخرى من هذه الصور بين حين وآخر، كما قد يتدرج من صورة الى اخرى، او ان اكثر من صورة واحدة وبدرجات متفاوتة من الوضوح قد تظهر عليه في آن واحد. ومن البديهي ان مدى وضوح الصورة التي يبدأ عليها المرض يعتمد الى درجة بعيدة على حدة الحالة المرضية والمدة الزمنية لتكونها، فكلما قصرت هذه المدة وكلما زادت حدة ابتداء المرض كلما جاءت الصورة واضحة المعالم وصارخة في ابتعادها عما هو سابق من سلوك المريض وحياته العقلية، وكلما كانت الحالة المرضية تدريجية في تكوينها وتطورها اصبح من الصعب تعيين بدايتها الفعلية وملاحظة درجات التغيير في شخصية الفرد وحياته العقلية.

٢ ـ المرض الفعلي

يعتبر المرض الشيزوفريني قائماً اذا توفرت مجموعة من الأعراض المرضية تكفي للدلالة على وجوده. وتوفر هذه الأعراض يتضمن عدة اعتبارات يجب الالتفات اليها، منها طبيعة هذه الأعراض وشدتها ودرجة ارتباطها بعضها مع بعض في صورة مرضية، اضافة الى خلو المريض من اعراض مرضية اخرى، والانطباع الكلي عن شخصية المريض وحياته العقلية. اما الأعراض المرضية التي يقتضي توفرها فهي كثيرة، غير ان عددها وشدتها تختلف بين مريض وآخر، كما ان عددها وشدتها تختلف عند المريض الواحد بين حين وآخر في مسيرته المرضية، وليس هنالك ما يمنع من ظهور جميع الأعراض المرضية خلال المسيرة المرضية الطويلة للمرض الشيزوفريني. وعلى العموم فان الأعراض المرضية التي تدلل على نشوء المرض الشيزوفريني تقع في ثلاثة مجالات يفترض من الناحية الشكلية بانها تكون النواحي او المكونات الاساسية للشخصية وهذه هي: مجال الفكر ومجال العاطفة ومجال السلوك. ولتسهيل البحث في هذه المجالات من جوانب الشخصية فقد خص كل مجال منها بخصائص وصفات معينة يعتبر الخروج عنها امرا غير طبيعي، وفي المريض الشيزوفريني يبدو واضحاً بأن المريض قد ابتعد الى حد ما عن الحدود المعقولة أو المقبولة في بعض خصائص أي من هذه المجالات الثلاثة، الفكرية والعاطفية والسلوكية. ولا يقتضي لقيام الحالة المرضية ان يتضح مثل هذا الابتعاد في كل هذه المجالات بدرجة واحدة او في آن واحد. فقد يظهر مثل هذا الابتعاد في اي مجال من هذه المجالات قبل ان يظهر في مجال آخر، وقد يتضح في مجالين من المجالات الثلاثة قبل ان يظهر في المجال الثالث. غير ان البحث الدقيق والرصد المتواصل قد يكشف عن وجود درجة ما من الاضطراب في كل مجال من هذه المجالات التي لم يظهر فيها الاضطراب بشكل واضح. هذا وليس من الضروري ان يظل الوضوح في مجال واحد من المجالات الثلاثة باقياً على غلبة وضوحه على أي من المجالات الاخرى، ذلك ان الصورة المرضية قد تتغير وتتغير معها نسبة وضوح كل عارض مرضي في أي من هذه المجالات. فالاضطراب الفكري مثلا قد يكون غالبا في مريض واحد او في فترة مرضية معينة، كما قد يكون الاضطراب العاطفي او السلوكي اكثر غلبة في احوال اخرى. وفي تقدير قيام المرض، فان لغياب بعض الأعراض المرضية دلالة غير قليلة، فالمريض الشيزوفريني يظل في حالة صافية من الوعي ويمكن اثبات ان انتباهه وذاكرته وتوجهه الذهني من حيث الزمن والمكان والهوية الشخصية هي في درجات طبيعية، وتظل احاسيس الجسم طبيعية عداما قد يطرأ على هذه الاحاسيس من هلاوس واوهام، كما ان الذكاء يظل على مستواه الطبيعي، وكذلك المهارات والخبر الاخرى، والابداع الفني، غير ان هذه الملكات كلها قد تصبح مغمورة بفيض الأعراض المرضية المتواجدة، ولذلك فلا بد من محاولة جلائها.

ولعل من اهم ما يؤذن بقيام الحالة المرضية الشيزوفرينية ليست هي الاعراض الفردية المتوفرة ولا شدتها، وليس في صورة الحالة المرضية، وانما في ما يبدو اولا من توفر المفارقة بين شخصية المريض السابقة وبين ما طرأ عليها من تغير وتبديل مما يعطي الانطباع بان المريض اصبح شخصاً آخر يتعذر التفاهم والتعامل معه على نفس الاسس والاساليب السابقة في التفاهم والتعامل، كما يتضح ذلك ثانياً من ادراك المتعامل او المشاهد للمريض بانه، أي المريض، قد اصبح في حالة تنم عن فقدانه للتوازن والتكامل والتوافق والترابط بين المقومات الأساسية لشخصيته في مجالاتها الثلاثة : الفكر والعاطفة والسلوك. وفقدان هذا التوازن بين هذه المقومات هو اكثر من أي شيء آخر فيه الدلالة على وجود انقطاع او انفصام في علاقة المريض بواقع الحياة الخارجية، كما يدلل على انقطاع الرابطة او انفصالها بين العمليات النفسية المختلفة من الداخل، وحصيلة ذلك كله هو قيام عملية الانقسام او الانفصام في شخصية الفرد مما يبرر التسمية (بالفصام العقلي = الشيزوفرينيا) من ناحية، وما يسهل فهم الأطار الكلي لهذه الحالة المرضية.

٣ ـ أعراض الشيزوفرينيا

يختلف مرض الشيزوفرينيا عن اي مرض آخر من جسمي او نفسي او عقلي في ان الأعراض المرضية التي يمكن ان تظهر فيه كبيرة العدد جدا، وهي في تغير دائم ولا تظل على صورة واحدة خلال مسيرة المرض من بدايته وحتى نهايته. وهذه الاعراض تتفاوت شدة بين مريض وآخر وبين دور وآخر من ادوار تطور المرض،كما ان الارتباط للعارض الواحد منها باعراض اخرى قد يكون اكثر أو أقل وضوحا في الحالة المرضية الواحدة. ومع تعدد الاعراض المرضية الا ان ما من عارض واحد منها مهما كانت طبيعته ودرجة شدته يمكن ان يكون كافيا وحده للدفع للاستنتاج بان صاحبه مصاب بالمرض الشيزوفريني. ومع ان احد الاعراض المرضية قد يبدو بانه عارض مفرد، الا ان الامعان الكافي بحالة المريض بكامله لا بد ان يظهر توفر عدد اكبر من الاعراض المرتبطة بهذا العارض الظاهر.

ان احصاء الاعراض المرضية التي ترد في الشيزوفرينيا في حالة او دور من ادوار المرض وفي مريض او آخر، يبين بانها تعد بالمئات، وهي بطبيعة الحال لا تتجمع في المريض الواحد في آن واحد مهما بلغت حالته من الشدة والازمان،غير ان للمريض الواحد في ادوار المرض المختلفة وفي مسيرته المرضية الطويلة ان يظهر معظم هذه الأعراض المرضية. والنظر في هذه الاعراض كل على حدة او حتى في بعض اشكال الارتباط بينها،يبين بانها ترد ايضا في امراض عقلية اخرى من وظيفية او عضوية،كما ان بعضها يظهر في حالات مرضية نفسية وفي اضطرابات الشخصية وفي غيرها من الحالات الطبيعية في حياة الفرد الاعتيادي او في الظروف الطارئة التي يمكن ان يتعرض لها الفرد من شدة او ارهاق. ان هذا الواقع يجعل من المتعذر على احد الجزم ان لم يكن حتى التخمين بان اي عارض مرضي من هذه الاعراض فيه الدلالة الكافية او الموحية بقيام المرض.

لقد لوحظ منذ بداية وضع اصطلاح المرض (الخرف المبكر) اولاً: وبالتالي (الشيزوفرينيا) بان الاعراض المرضية التي تظهر في المرض هي اعراض غير مفردة، وانما تأتي على شكل صورة مرضية تتألف الواحدة منها من عدة اعراض تتجمع وتتلائم مع بعضها لتكوين الصورة المرضية، وبان مثل هذه الصور المرضية تتغير في محتواها من الاعراض وفي معالمها الظاهرة مع تطور مسيرة المرض. ولهذا السبب فقد اتجه البحث نحو تعيين ورصد اعراض مرضية متجمعة في صورة انطباعية متكاملة الى حد ما، يوحي وجودها بقيام حالة المرض. وقد عين كربلاين في وصفه لحالة (الخرف المبكر) مجموعة اعراض تظهر في حالات المرض المختلفة وهذه هي: التفكير المشوش، والعاطفة غير المناسبة والسلوك النكوصي في حالة

(الهبفرينيا)، والحركة المفرطة والتهيج او السبات، والصمت والسلبية في حالة (الكاتاتونيا) والاوهام الاضطهادية او اوهام العظمة ومظاهر العداء والعنف في حالة (البارانويا). اما بلولر الذي اعطى المرض مصطلح الشيزوفرينيا، فقد ذكر الاعراض التالية كدليل على الحالة الشيزوفرينية البسيطة وهي: التقليل من تعلق الفرد بالاشياء والمواضيع الخارجية، والتضييق في مجال اهتماماته المعتادة، والخمول وقلة او عدم المبالاة. غير ان بللولر قد قسم الاعراض الواردة في الشيزوفرينيا الى فئتين الفئة الاولى تشمل الاعراض النابعة من طبيعة المرض، وسماها بالأعراض الاولية او الاساسية.اما الفئة الثانية من الاعراض والتي سماها بالاعراض الثانوية، فقد راى بانها تمثل محاولات المريض للتكيف مع الاعراض الاولية او الاساسية التي يعانيها. وقد اعطى بللولر الاعراض التالية من فئة الاعراض الاساسية وهي: (اولا) اعراض اضطراب في الترابط، وهذه تظهر على شكل تجزئة الفكر بسبب اقحام افكار عشوائية وغير منطقية وغير ذات علاقة. (ثانيا) اعراض اضطراب العاطفة وتأتي على شكل عدم توافق بين الفكر والعاطفة وفي بعض الحالات قد تكون العاطفة مفقودة كليا، وفي حالات اخرى قد تكون قوة العاطفة بما لا يتناسب مع الموقف الموضوعي. (ثالثاً) اعراض الذاتية وتتصف بانسحاب الفرد من التعامل مع العالم الخارجي ودخوله في عالم من الخيال ـ الفانتزي ـ (رابعاً) الثنائية، وهي تتمثل في صراع نفسي او في اثارة شعورين او فكرتين متضاربتين وفي آن واحد ونحو فرد معين او موقف معين. ومع ان بلوللر اعتبر هذه المجموعة الرباعية من الأعراض بانها اساسية، الا انه لم يصر على ضرورة توفرها كلها في المريض الواحد في فترة زمنية واحدة، غير انه اصر على ان الركن الاول من هذه المجموعة وهو اضطراب الارتباطات الفكرية هو ركن اساس وضروري لقيام الحالة المرضية. كما اعتبر الركن الثاني من اضطراب العاطفة ركنا هاما ايضا ووجد فيه حالة مماثلة من انفراط الارتباطات العاطفية. ورأى لذلك بان الاضطراب في هذين المجالين هو من المظاهر المميزة للشيزوفرينيا، اما الركنان الآخران: الذاتية وثنائية الشعور، فاعتبرهما اقل اهمية وضرورة لتمييز حالة المرض، كما اعتبرهما اعراضا اساسية ـ ثانوية، وبأنهما ينشآن كرد فعل او كمحاولة توافق مع الأعراض الاساسية في الفكر والعاطفة.

ومنذ بلولر حتى الان توالت المحاولات الطبية لرصد وتصنيف ومتابعة مسيرة الاعراض التي تظهر في الحالات المختلفة للشيزوفرينيا.وقد قامت بنتيجة هذه المحاولات اجتهادات كثيرة حول الأعراض المرضية التي تظهر في هذا المرض واهميتها النسبية في تقرير قيام المرض وتمييزه عن حالات مرضية اخرى. ومن الباحثين في هذا الموضوع من اكد على عارض معين او اكثر يبرز في المريض وينوّه باصابته بالمرض، ومن امثلة ذلك (النقص المريع في تقدير النفس، والشعور الشديد بعدم المقدرة والنقص)، و (الانحطاط البالغ في المقدرة على التفكير المحدد) و (عدم المقدرة على المحافظة على فكر واحد، فيبدو الفكر لذلك مجزءا وغير متواصل ومفككاً)،و (انطواء المريض) و (الذاتية) (والميل لاستعمال الاحاجي الرمزية الخاصة) وغيرها من الاعراض المفردة او الثنائية في معظمها. غير ان معظم الباحثين قد اكدوا على ضرورة توفر مجموعات اكبر عددا من الاعراض لكي يكون ذلك دلالة كافية على قيام المرض. ومن هذه المجموعات ما اشرنا اليه سابقا عن المجموعة الرباعية للاعراض الاساسية كما عينها بلولر ومجموعات الاعراض التي وضعها(شنايدر Schneider) وقسمها الى مجموعتين سمى الأولى منها مجموعة اعراض المرتبة الاولى، وسمى الثانية مجموعة اعراض المرتبة الثانية.وكان من رايه ان توفر اعراض المرتبة الاولى مع خلو المصاب

من اي آفة دماغية أو علة عقليةمسببة عن عامل جسمي مثل الصرع أو السكر، فان هذه الاعراض تميز المرض الشيزوفريني ويمكن أن تكون مبرراً كافياً لتشخيصه . والاعـراض التي اوردها شنـايدر هي : (أعراض المرتبة الأولى) :

١ ـ سماع المريض لافكاره وهي تنطق عاليا في اذنه او رأسه .
٢ ـ هلاوس صوتية على شكل سؤال وجواب وهي تتحدث عنه .
٣ ـ هلاوس صوتية على شكل تعليق متواصل عنه .
٤ ـ هلاوس جسمية وهي على شكل احاسيس في الجسم يؤمن المريض بانها من فعل شخص او قـوة خارجية .
٥ ـ انسحاب الفكر واقحام الافكار وغيرها من المؤثرات على الفكر .
٦ ـ بث الافكار
٧ ـ ادراك الاوهام
٨ ـ جميع الحوادث في مجال الشعور والدافع والارادة تبدو للمريض وكأنها من فعل او من تأثير الغير .

هذا وقد انتقدت هذه المجموعة من الاعراض كأساس صالح لتشخيص المرض . واعتبرت فقط دلالة على قيام الحالة الشيزوفرينية الشديدة والمتقدمة . وبانها لذلك ليست ذات قيمة تشخيصية ولا تخدم غرض تفريق الشيزوفرينيا عن حالات مرضية اخرى قد تلتبس معها خاصة في الأدوار الاولى للمرض .

اما أعراض المرتبة الثانية لشنايدر فهي : هلاوس غير التي سبق ذكرها في اعراض المرتبة الأولى ، والأفكار البارانوية ، والارتباك ، والاكتئاب او النشوة ، والشعور بفقدان العاطفة . وقد بين شنايـدر بأن اعراض المرتبة الأولى قد لا تكون موجودة دائـما ، وبأنها غـير ضروريـة بشكل مـطلق لتشخيص الشيزوفرينيا ، غير انها لازمة لتفريق الشيزوفرينيا عن مرض (المانيا ـ الكآبة) .

ومن المحاولات الجادة لتحديد اعراض المرض الشيزوفريني ما يعرف (بفحص الحالة الحـاضرة Present State Examination) وهو الفحص الذي اعده ونج وكوبر وسارتوريوس والذي بني على اساس وضع مجموعة كبيرة من الاعراض (١٤٠ عارضاً)، ويلاحظ في المقابلة مع المريض وجود او عدم وجود كل عارض منها ودرجة وجود العارض ان وجد . هذا وقد قام الواضعون لهذا الفحص بتعريف دقيق يحدد مفهوم كل عارض من الأعراض التي يجري البحث عن وجودها ودرجة وجودها . وقد استعملت منظمة الصحة العالمية هذا الفحص في دراستها الشاملة حول الشيزوفرينيا ، وان كـانت قد اعتمـدت مجموعة من الأعراض تبلغ ٣٦٠ عارضا . وقد تم بـواسطة هـذا الفحص عزل مجمـوعة متـرابطة من الأعراض تميز الشيزوفرينيا من غيره من الامراض ، واعتبرت الاعراض التسعة التالية اكثر الاعراض دلالة على المرض الشيزوفريني ، وهي كما سيتبين مستمدة اثناء المقابلة الطبية مع المريض اما كملاحظة لسلوكه أثناء المقابلة ، واما عن طريق الاستجابات التي تظهر على المريض من فكر وعاطفة او سلوك ، نتيجة ما قد يوجه اليه من سؤال او استفهام . وهذه الاعراض التسعة هي التالية : (انظر الفصل الخاص بالتشخيص) :

١ ـ الكلام غير المترابط (وهو ما يعبر عنه اهل المريض عادة بانه كلام (مشتت) او كلام (مخربط).
٢ ـ عاطفة ضيقة (محدودة) ووجه خاوٍ غير معبر، مع ابداء عـاطفة شحيحـة جدا او بخلو كـامل من العاطفة.
٣ ـ الافكار الصارخة (وكانها مذاعة، او تنطق بصوت عال) .
٤ ـ اوهام متعددة (واسعة الانتشار).
٥ ـ اوهام (شاذة) غير مفهومة.
٦ ـ اوهام عدمية (الشعور بفقدان او موت او تعفن عضو او اكثر من اعضاء الجسم او الشعور بالعدم ـ الموت).
٧ ـ البصيرة الضعيفة .
٨ ـ التجاوب الضعيف للمريض .
٩ ـ عدم او قلة الصحة بما يفضي به المريض من معلومات.

ومن الفحوص المشابهـة لتعيين اعـراض المرض هـو الفحص الذي اعـده لور Lorr وشـركاؤه (١٩٦٣) والمسمى بفحص IMPS (او المقياس المتعدد الابعاد) والذي يعتمد ٧٥ عارضا مرضيا يجرى ملاحظة وجودها من عدمه في المريض اثناء المقابلة. وتستمد عن طريق ملاحظة سلوكه وعاطفته وافكاره ومعتقداته. كما ان الاعراض الملاحظة تشير الى مقياس يفيد بدرجة الشدة لظهورها وعدد المرات التي تظهر فيها اثناء المقابلة وفيما يلي مجموعات الاعراض التي اظهر هذا الفحص بانها تتوفر في حالة او اخرى من حالات المرض الشيزوفريني:

(انظر الفصل الخاص بالتشخيص):

مجموعة الاعراض المترابطة	أمثلة
• فقدان الترابط الفكري	• يعطي اجابات غير ذات علاقة، واجابات غير مترابطة ويستعمل الاحاجي (الرموز الخاصة).
• العوق والخمول	• عديم الاكتراث بمستقبله، اللامبالاة بالنفس او بمشاكله، مظهر رث، لا يجيب عن بعض الاسئلة.
• الادراك المشوه	• يسمع اصواتا اتهامية او لائمة، يسمع اصواتا تهديدية وعقابية، ويشكو من هلاوس في اللمس والشم والطعم.
• اضفاء باروني	• منشغل بمعتقدات واهمة. يعتقد بان الناس يتحدثون عنه، او انهم يتحكمون بافعاله.
• تخيلات العظمة	• يؤمن بان له مهمة سماوية، او بان له مقدرة غير اعتيادية ويعتقد بانه مشهور.
• اضطرابات في الحركة	• يظهر حركات وايماءات غريبة، او اوضاعاً غير طبيعية.

ويتضح من امعان النظر في الاعراض الواردة لكل من الفحصين بانها تتوافق وتلتقي مع الاعراض الاساسية التي وضعها بلولر قبل سبعين عاما لتمييز مرض الشيزوفرينيا وهي الاعراض التي تتركز على الاضطراب في مجال الفكر ومجال العاطفة بصورة خاصة.

*

لعل القليلين من الاطباء يطبقون اياً من الفحصين الآنفين في البحث عن الاعراض المرضية وتقييمها. ومعظم الاطباء يتبعون طريقة تتبنى ضمنيا المفهوم للمرض الشيزوفريني كما جاء به بلولر واعتبر فيه المرض واعراضه مظهرا لعملية من عدم الترابط، او التجزئة او (الفصام) في الحياة النفسية للفرد. وهي التجزئة التي تشمل المقومات الاساسية للشخصية من فكر وعاطفة وسلوك. وبفعل هذا المفهوم للمرض، والذي لم يتغير حتى الان بأي صورة محسوسة، فقد اتجه الأطباء الى البحث عن الاعراض المرضية في المجالات الثلاثة الاساسية للشخصية وهي الفكر والعاطفة والسلوك، غير ان هذا البحث لا يهدف فقط الى التحقق من وجود الاعراض في مجال او آخر من هذه المجالات بقدر ما يهدف الى اثبات توفر اهم عارض مرضي في المرض الشيزوفريني، وهو فقدان التوافق الطبيعي والمعتاد بين هذه المجالات. ففي فقدان هذا التوافق ـ او الترابط، او التلازم بينها، فاننا نجد العارض الاعظم تمييزا للمرض الشيزوفريني من أي عارض او مجموعة اخرى من الاعراض.

* *

مع ان الاعراض المرضية في مرض الشيزوفرينيا او في أي مرض عقلي آخر قد تقع في أي او في كل مجالات الشخصية التي بيناها من عقل او عاطفة او مزاج الا ن هنالك بعض الاعراض التي تستقطب في مجموعات في مجال او اكثر من هذه المجالات في المريض الشيروفريني بشكل خاص. وهذا الاستقطاب اضافة الى مسيرة المرض هو الذي يعطي الحالات المرضية صورا متميزة يصنف المرض الشيزوفريني تبعا لها. وفيما يلي الاعراض المرضية التي يكثر ظهورها في كل مجال من المجالات الثلاثة :

المجــال الفــكري :

من اهم الأعراض المتوفرة في هذا المجال الغموض في كلام المريض وما يقصده من معانٍ، ولجوؤه احيانا الى الاسترسال بدون حدود، او التركيز والاختصار الى حدودا لابهام، يضاف الى ذلك كثرة اللجوء الى الرموز والاحاجي. والعارض الآخر الهام يتركز حول بصيرة المريض بنفسه وبحالته المرضية وبواقعه الحياتي، فهذه البصيرة تضطرب اضطرابا جذريا في المريض الشيزوفريني، وقد يفقد المريض هذه البصيرة كليا. واهم ما في هذا الاضطراب هو ان المريض اما انه ينفي كونه مريضا او انه لا يدرك بانه مريض في المجال الذي هو مريض فيه، كما انه يستعصي على المريض تقبل اي منطق يهدف الى تبصيره بالواقع كما هو، او متابعة هذا المنطق بصورة متسلسلة. ومن الأعراض العقلية الهامة ما يبدو من كلام المريض من عدم ترابط وتخلخل، فالتسلسل غير منطقي، والاسباب توضع احيانا محل النتائج وبالعكس، وقد ينقطع التعبير الفكري فجأة ويكثر استعمال الرموز والمعاني الغامضة، ويمكن لأي موضوع ان يتخذ بالنسبة للمريض معاني مختلفة ومتضاربة في آن واحد او بالتلاحق. ومن مظاهر الاضطراب الفكري ورود

الأوهام ، وهي عادة اوهـام مشوشـة وتتغير بسـرعة من شيء الى شيء . غـير ان المريض قـد يتشبث ببعضهـا وبصورة دائمـة ، وهو في جميـع الحالات يؤمن بصـدق هذه الأوهـام ولا يمكن اقناعه بعدم صحتها . ومن اكثر ما يعرض من هذه الاوهام الشعور بأن المريض مراقب من الغير وبأنه ملاحق او عرضة للأيذاء ، وبأن احدا ما يتآمر عليه او ان الناس او بعضهم يشيرون اليه ويتحدثون عنه او ان الاشياء تحدث طبقا لامره وتنفيذا لرغباته ، وقد يدعي المريض بأن احدا ما يسرق افكاره ويبثها او انه عرضة لتأثير خارجي يتسلط على دماغه وتفكيره بالبث او الاشعاع وغيرها من وسائـل التأثـير . ومن الأوهام الأخرى شعور المريض بالعظمة ، وبأنه شخص هام ، وبأنه خص بمهام عظيمـة في الحياة ، وبأنه على صلة بالله او الانبياء او الاولياء ، وقد ينسب لنفسه القيام بمهام مختلفة لا قدرة له على القيام بها سواء كانت هذه من حوادث الماضي او الحاضر ، وقـد يدعي المـريض لنفسه صـلات وعلاقـات مع اشخاص لا علاقة فعلية بينه وبينهم ، وخاصة من الملوك والرؤساء والامراء والنساء والممثلات وغيرهم ممن لا يمكن ان تتوفر لمثله مثل هذه العلاقات معهم ، وعلى عكس اوهام العظمة فإن المريض قد يدعي بما يقلل من شأنه وذاته فيرى نفسه فقيرا او صعلوكا او مـذنبا عن اعمـال لا يمكن ان يكون مسؤولا عنها ، وقد يتصور نفسه وقد مسخ الى كائن آخر معبرا عن شعوره بالصغارة والحمارة والضعة . وعلى العموم فإن تجربة المريض العقلية تبدو غريبة وعجيبة ، واقصى ما يستطيعه الفرد المشاهد لها هو النظر اليها اكاديميا غير انه سرعان ما يجد بأنه لا يستطيع المشاركة للمريض في أي جـانب منها استنـادا الى تجربته الخاصة او الممكنة .

المجـال العاطفـي :

منذ زمن أبقراط وجالينوس ومن بعدهما الرازي وابن سينا والمصطلح المرضي (الملنخوليا) يفيد بغلبة الاضطراب المزاجي في المريض. ولعل المصطلح (السوداوية) في العـربية هـو الترجمة لمصطلح الملنخوليا والذي يعني المرض الناجم عن غلبة العصارة السوداء في الدم وتأثير ذلك على الدماغ، ولعل المصطلح ايضا قد وضع للدلالة على عاطفة التشاؤم والانقباض التي يتصف بها المريض. وبعد قرون عديدة لاحظ العالم الفرنسي موريل Morel (١٨٦٠) بان احد مرضاه ممن شخص اصابتهم (بالخرف المبكر)، وهو مرادف سابق لمصطلح الشيزوفرينيا، بقوله : «لقد خسر مرحه بصورة غير واعية . . واصبح ساكنا قليل الكلام، كما بدت عليه حالة من الكابة السوداوية والكراهية لوالده والرغبة في قتله».ثم ان كربلاين Kraepline من بعده لاحظ بان المرض يؤدي الى اضعاف ردود الفعل العاطفية والإرادية، والى فقدان التوافق بين ردود الفعل العاطفية والارادية والفكريـة. اما بلولـر، وهو الـذي وضع مصـطلح الشيزوفرينيا، فقد وضع الاضطراب في المجال العاطفي ضمن الأعراض الاساسية الاربعة للمرض، ولاحظ بان عاطفة المريض شحيحة وغير كافية وبانها جامدة وسطحية وغير مـوافقة لمقتضيـات الموقف والواقع كما لاحظ وجود العاطفة الثنائية Ambivalence وهي عاطفة متضاربة نحو شخص او شيء واحد. ومن الذين اكدوا على اهمية الاضطراب في المجال العاطفي هو العالم كاسانين Kasanin والذي وصف النوع المرضي الشيزوفريني الذي تظهر فيه اعراض المرض الشيزوفريني والمرض المزاجي في آن واحد وبصور واضحة وسماه بالشيزوفرينيا المزاجية Schizoaffective، ومن كل هذا يستدل على ان الاضطراب في المجال العاطفي قد اعتبر دائما وحتى الآن عنصرا هاما من طبيعة المرض الشيزوفريني .

ان الاعراض العاطفية التي قد يعانيها المريض ربما تكون اول ما يلاحظ على المريض من اضطراب ولهذه الاعراض ان تكون مفردة او متعددة في آن واحد، ولها ان تكون حادة او تدريجية ومزمنة، وقد يظهر العارض الواحد بدرجات متفاوته من الشدة. واهم ما يلاحظ من الاضطراب العاطفي في المريض، هي الشحة والضحالة والتبلد العاطفي والنقص في العمق والتركيز وفقدان التحسس بالعواطف الدقيقة والتضييق في مجال اهتمامات الفرد، وعدم المقدرة على تنظيم ردود الفعل العاطفية، ويلاحظ بان المريض يسحب اهتماماته العاطفية من المواضيع الواقعية في محيطه ويركزها على ذاته. والمريض على العموم يفقد الحالة الطبيعية من التناغم والتوافق العاطفي مع الموقف او الظرف القائم، وتأتي لذلك ردود فعله العاطفية غير متوافقة مع ما يثيرها، وقد تكون مغايرة لها تماما او معاكسة لما يقتضي لها من استجابات عاطفية، وقد تكون انفعالاته العاطفية سمجة او غير لائقة كالابتسام والضحك والقهقهة في غير مواضعها مع فقدان المريض للقدرة على تفسير ردود فعله العاطفية وبيان اسبابها. وكثيرا ما يتجه شعور الفرد وانفعالاته الى جسمه كما انه كثيرا ما يعاني من الشعور بالاثم ويركز ذلك على اعضائه التناسلية الجنسية.

لقد حاول الكثيرون تفسير الاعراض العاطفية في المريض الشيزوفريني، ومن الآراء الواردة في هذا الموضوع الرأي بان ما يبدو من جمود وضحالة وشحة العاطفة في المريض لا يدلل بالضرورة على ان العاطفة غير موجودة وانما الذي يحدث هو ان العاطفة تزاح من مجالها الاعتيادي الواعي وارتباطها بالتجربة الواقعية وترد الى المجال اللاواعي، وبانها في هذا المجال الجديد تصبح مرتبطة بعمليات نفسية متعددة ومعقدة يتعذر تقصيها وفهمها وكثيرا ما تكون هذه العمليات النفسية متضاربة بعضها مع بعض، ولعل هذا يفسر ردود الفعل العاطفية الثنائية والمتضاربة نحو موضوع او شخص واحد مما لا نستطيع تفسيره على اسس واقعية من تجاربنا الذاتية الطبيعية. ومن هذا الرأي ايضا ان ما نلاحظه في الظاهر من عدم التوافق بين العاطفة والواقع كما يراه الشخص الطبيعي، انما هو في الواقع متوافق مع التجربة الذاتية النفسية كما يدركها المريض في نفسه، وبانه لو امكن متابعة هذه التجربة الى اصولها والتعرف على عناصرها لأمكن لنا ان نجد من التوافق بين العاطفة وهذه التجربة ما يكفي لتبريرها او فهمها. اما عدم الاكتراث الذي يبدو على المريض لما يجري حوله ولما يقضي بضرورة قيام رد عاطفي فهو يفسر على انه استراتيجية دفاعية، وقد لا يكون الا وسيلة دفاعية يلجأ اليها المريض ليقي نفسه من التعرض والتحسس لواقع مزعج، ولكي يمنع المعاناة عن نفسه، وهكذا تبدو عاطفة المريض، ان وجدت، غير متصلة بالواقع، وتصبح مشاعره منفصلة عن هذا الواقع وما فيه، وتنسحب الى ذاته لكي تصبح غامضة وغير واقعية، ويصبح المريض وكأنه مشاهد لواقع الحياة لا شريك فيها، وبامتداد هذا الشعور فانه يخسر حدود شخصيته، ويخسر معها امكانية التفريق بين الواقع وبين ذاته، والى درجة تصبح فيه ذات المريض وواقعه غريبة عنه، وكأنها ليست منه ومن تجربته. ولعل من اهم الاعراض العاطفية التي يتصف بها المريض الشيزوفريني هو عدم مقدرة المريض على المشاطرة في عملية التجاوب والتعاطف مع عواطف ومشاعر الاخرين، ويعتبر الكثيرون من الاخصائيين هذا النقص في التعاطف بانه من اهم الاعراض المرضية، ويعتمدونه لذلك كعارض اساسي من الأعراض التشخيصية، فالمرض يشخص بانه شيزوفريني اذا توفر هذا العارض، اما اذا كان المريض قادرا على التعاطف، فان الحالة المرضية تشخص بانها «مشابهة للشيزوفرينيا» وليست شيزوفرينية.

المجال السـلوكي:

السلوك هو الطريقة التي ينفعل فيها الفرد في اية لحظة نتيجة تفاعله مع محيطه. ولما كان الفرد يتفاعل وينفعل بكليته، فان بالامكان اعتبار السلوك معبرا عن الواقع الكلي لشخصية الفرد، وهو بذلك لا يشمل فقط ما يبدو على المريض من تصرف، وانما ايضا ما يصاحب ذلك التصرف من فكر او عاطفة.والواقع هو انه لا يمكن عزل سلوك الانسان كليا عن المحتوى الفكري والعاطفي الذي يصاحب سلوكه والذي يعتبر متمما له، غير ان مما يساعد على فهم الحصيلة الكاملة لواقع الفرد هو محاولة رصد ردود الفعل السلوكية في حد ذاتها وبالتالي محاولة ربطها ليس فقط بالظرف او الاطار المحيطي الذي تظهر فيه وانما ايضا بالمعاني الشخصية التي تمثلها بالنسبة للقائم بها وهي المعاني التي قد يكون من الصعب التوصل اليها. ولعل من اطرف الامثلة على ذلك الحالة التي رواها العالم النفسي كارل يونغ والمستقاة من تجربته الطبية عندما كان طبيبا مقيما يتدرب في احدى المستشفيات العقلية في سويسرا،ويروي يونغ بان مريضة مزمنة في المستشفى ومقيمة فيه لمدة ثلاثين عاما كانت تقوم بحركات ايمائية بيديها كلما قام رئيس الاطباء بجولته الصباحية لتفقد المرضى. ولم تثر هذه الحركة، وهي اشبه ما تكون بشد الخيوط، اي اهتمام من أحد خلال هذه السنوات الطويلة واعتبرت مجرد حركة متكررة ونمطية لا معنى لها. ولم يعثر يونغ على من يستطيع بيان اصول هذه الحركة ذلك لأنها وجدت في المريضة قبل وجود أي من العاملين في المستشفى. وحدث ان توفيت المريضة، وذهب يونغ الى مراسيم دفنها ومن بين القلة من الحاضرين للجنازة وجد احد اقارب المريضة، فاستفهم منه عن تاريخها المرضي، فأفاده القريب بانها وقعت في المرض على اثر نكث خطيبها بها وزواجه من فتاة اخرى، وافاد القريب بان خطيبها كان يعمل صانعا للأحذية في البلدة،ومن هذه الخلفية استطاع يونغ ان يجد الصلة بين الحركة الايمائية التي كانت تقوم بها المريضة وبين حركة خطيبها صانع الاحذية وهو يشد الخيوط اثناء عمله وهي الحركة التي اصبحت رمزا تعبر فيه المريضة عن تجربتها الحياتية المأساوية.

ان الاضطراب السلوكي في المريض الشيزوفريني قد يحدث في اي ناحية من نواحي السلوك سواء ما كان منها تلقائيا او اراديا او تعبيريا، ولعل من اكثر مظاهر الاضطراب السلوكي ورودا، هو سكون المريض وصمته(شروده)،وقد تأتي مثل هذه الحالات لمدد قصيرة ومتكررة وكأنها شطحات قصيرة من عدم المقدرة على التركيز اوتشتت الذهن او تمتد الى ساعات طويلة يمتد فيها خيال المريض عبر ما لا يمكن تتبعه من مجاهل التأمل. والصفة الغالبة فيما يقوم به المريض من حركة او عمل هي عدم تمكنه من القبض على ناصية ارادته، وهو يبدو وكانه يطاوع بدقة ارادة اقوى من ارادته، تسيره وتتحكم في امره. ولعل هذا يفسر ما يبدو على المريض من تردد وعدم استقرار واندفاعية مفاجئة في السلوك او سلبية الاستجابة لما يعتقد بانه خارج عن ارادة القوة المسيطرة عليه. والحركات التي يمكن ان يقوم بها المريض عديدة منها حركة الشفاه التي توحي بان المريض يتكلم او يتمتم اما في حديث مع نفسه او في حوار مع شخص آخر يتصور وجوده او الحديث معه، وقد تصل التمتمة الى حدود الصوت المسموع، ومثل ذلك أيضاً حركات الشفاه التي تنوه بان المريض يبتسم او يضحك، او البكاء وسيل الدموع. وكثيرا ما يقوم المريض بحركات الاشارة او الايماء او التقليد لحركات الغير او القيام بحركات رمزية او طقوسية سواء كانت مفـردة او متكررة او عشوائية او نمطية. ويتراوح اضطراب الحركة من حالة اللاحركة وكأن المريض في سبات عميق، الى

الحركة الفائضة المتواصلة والتي يمكن ان تتخذ مظهر العنف والغضب والايذاء اما بصورة عامة او نحو اناس معينين او اشياء محددة دون غيرها. وقد يأتي اضطراب السلوك على صورة اوضاع يتخذها المريض، فإما يستقر عليها كانما هو تمثال من الشمع، او يتبدل عليها كالحركات الايقاعية او الراقصة وغيرها من الحركات التعبيرية، وكثيرا ما يقع اضطراب السلوك في طريقة مشي المريض ولباسه وكلامه واسلوب كتابته، وهذا العارض الاخير قد يكشف عن بعض ما يجرى في عقل المريض من عمليات نفسية. ومريض الشيزوفرينيا على العموم يهمل القيام بعمله وواجباته كما يهمل الالتفات الى ما يجرى حوله وما يتطلب مشاركته ويقطع الكثير من حبال الصلة بينه وبين غيره حتى اقرب المقربين منه من والدين او اخوة او زوجة او اولاد، كما انه يهمل نفسه من حيث المأكل والمشرب واللباس والنظافة والتقيد بمظاهر الحشمة والادب في المظهر او الكلام. ولعل من اظهر اعراض المريض الشيزوفريني السلوكية هو عارض (السلبية) وهو عارض ينوه في الظاهر عن عناد المريض وعدم مطاوعته غير انه يدلل ايضا وربما بصورة اساسية عن رفض المريض لاقامة اي نوع من الصلة بينه وبين الغير. ومن الاعراض السلوكية التي قد تحدث ما يبرر الاستنتاج بان المريض قد تقهقر او (نكص) الى دور سابق من ادوار نموه، وهذا ينضح من عودته لممارسة عادات جنسية تعود الى دور سابق من نموه كممارسة العادة السرية بافراط، ومن الاعراض السلوكية ما يشاهد عند بعض المرضى من محاولات لجمع وتكديس الاشياء وضمها او إخفائها بعناية، ومن جمع النفايات وحتى القاذورات ومحاولة ابتلاعها كما يفعل الاطفال الصغار احيانا. ومن الاضطرابات السلوكية غير النادرة الوقوع قيام المريض باعمال العنف والتعدي على النفس وعلى الغير بما في ذلك محاولة الانتحار وقتل الغير. وتتخذ هذه الافعال احيانا مراسيم رمزية تتناسب مع الدوافع المختلة من الفكر والادارة، وكثيرا ما تأتي هذه الاعمال الاجرامية بدون دوافع واضحة تهدف الى تحقيق منفعة معينة للمريض غير ان بعض المرضى قد يقومون باعمال اجرامية مختلفة من ايذاء او سرقة بنوايا مبيتة، اما بسبب الحاجة الطارئة او لتحقيق وهم معين.

ومن الاضطرابات السلوكية التي تحدث في بعض حالات الشيزوفرينيا وخاصة في الحالات المعروفة (بالكاتاتونيا) هو ما يتراوح فيه المريض بين نوبات من الهياج ونوبات من السبات. والانتقال من نوبة الى اخرى يتم عادة بصورة مفاجئة وبدون مبررات واضحة. ففي دور الهياج يقوم المريض باعمال اندفاعية عنيفة ومؤذية ومدمرة للغير وللاشياء، وقد يتخذ هذا الدور مظهر الحركة الدائبة والتي لا هدف او معنى لها بما في ذلك اداء الحركات الراقصة او القفز او التدليك او الضحك او الصراخ او الغناء. وعلى نقيض هذا الدور الصاخب فان المريض يتحول الى دور هادىء يتسم بانعدام الحركة والى حد السبات احيانا مع انعدام الاستجابة لاي تحريك او اثارة للمريض او اي استجابة طبيعية لقضاء الحاجات الطبيعية. ومن الاعراض السلوكية التي توحي بالمرض الشيزوفريني قيام المريض باعمال شاذة وغريبة كمحاولة السباحة في الشتاء والتعري امام الغير وصب الشاي على الجسم وتوزيع متاع البيت على المارة وترك البيت في منتصف الليل والاسراف بدون حدود وغير ذلك من الافعال الشاذة.

الهلاوس والوهم الحسي:

يمكن اعتبار الهلاوس والوهم الحسي بانها مظاهر من الاضطراب في المجال العقلي، غير ان هذه

الاعراض يمكن ان تحدث على خلفية طبيعية من الحياة العقلية. ثم ان هذه الاعـراض لا تعتبر من الاعراض الرئيسية للمرض وانما من الاعراض الثانوية، ولهذا يحسن البحث فيها خارج المجالات الثلاث الاساسية لاضطراب الشخصية وهي الفكر والعاطفة والسلوك. والعارضان معا الوهم الحسي والهلوسة، كلاهما اضطراب في ادراك الاحاسيس ويمثلان حالة من حالات الخداع الحسي. (فالوهم الحسي illusion) هو حالة من الخطأ في تفسير حادث حسي في المحيط من صوت او ضوء او رائحة او لون او شكل وغيرها مما يمكن ان يحدث من اثارات حسية في جسم المريض او محيطه، أما الهلاوس الحسية فهي حالات من ادراك حسي ما بدون توفر اي وجود مادي له، كان يسمع الفرد صوتا بدون صوت ويرى نورا بدون نور ويشم رائحة بدون عبق، وغير ذلك. ومن اكثر الهلاوس حدوثا الهلاوس السمعية وهي تتضمن عادة سماع الاصوات التي تهدد المريض وتتوعده او تتهمه وتعيره، غير انها قد تحتوي الأوامر والارادات والتوجيهات التي توحي للمريض وتأمره. وكثيرا ما تأتي هذه الهلاوس بصورة مشوشة وغير واضحة من حيث تركيب الكلمات ومعانيها. وفي بعض الحالات يربط المريض بين هلاوسه السمعية وبين مصادرها فهو اما يردها الى مصدر واحد او اكثر ممن يتصور بانه عدو له، او الى فرد غريب او الى شخصية نبي او ولي معين او انها تصدر عن الله. وقد يربط المريض هلاوسه هذه بالأجرام السماوية، ويفسر وصولها اليه عن طريق الاشعاعات وطرق البث التلفزيوني او الاذاعي او غيرها من وسائل الاتصال. وعلى خلاف الهلاوس السمعية فان الهلاوس البصرية قليلة الحدوث في مرض الشيزوفرينيا، وهنالك من يتشكك في حدوث الهلاوس البصرية في هذا المرض غير ان هنالك في سلوك بعض المرضى المزمنين بالمرض ممن يظهر سلوكهم بأنهم يرون من الاشياء ما لا وجود له في الطبيعة، فيقوم المريض مثلا باداء عملية من المنازلة مع عدو ما يتوهم رؤيته امامه، كما ان هنالك بعض البينات من المرضى في الحالات الحادة والتي تدلل على ادراكهم لاشياء لا وجود لها، غير ان من الصعب على الباحث ان يتبين فيما اذا كان المريض يرى هذه الاشياء بالفعل او انها من بنات احلامه وخياله فقط.

ومن الهلاوس التي تحدث كثيرا في المريض الشيزوفريني ما يصدر من احاسيس الجسم من تنميل او دبيب او حس بالحرارة والبرودة او الالم، وقد يفسر المريض هلاوسه هذه تفاسير مختلفة، منها انها وسائل بث او اعلام له عن شيء ما يحدث من خارج جسمه، او يفسرها على انها دلالة على وجود خطأ ما في جسمه، ومن امثلة هذا التفسير الأخير شعور احد المرضى بحركة في معدته واعتقاده بان حية قد استقرت فيها وحالة ذلك المريض الذي احس بحركة في اذنه وراح يعتقد بان دودة قد استقرت بين اغشية دماغه وبانها تقوم بامتصاص السوائل التي تجرى فيها.

اعــراض اخــرى:

قد يعاني المريض الشيزوفريني من اضطراب في الادراك وخاصة في ادراك الهوية الشخصية والزمان والمكان، كأن لا يستطيع معرفة نفسه او معرفة الزمن الذي يمر به او المكان الذي هو فيه، ولهذه الاعراض اهمية تشخيصية للمريض الشيزوفريني غير ان وجود هذه الاعراض يجب ان يكون متواصلا لعدة ايام على الاقل، كما يقتضي ان لا يكون هذا ناجما عن آفة عضوية تصيب الدماغ بما في ذلك فعل المواد السامة كالكحول والمخدرات والعقاقير العلاجية وغيرها.

التغيير في اعراض الشيزوفرينيا.

ان الاعراض التي يعانيها اي مريض شيزوفريني لا تتماثل تماما مع الاعراض التي يعـانيها اي مريض آخر بهذا المرض وحتى لو تماثلت هذه الاعراض في الظاهر، الا انها لا بد من ان تختلف من حيث المحتوى ومن حيث استمرارية هذه الاعراض ومصيرها. وما يـلاحظ من هذه الفـروق في الاعراض المرضية بين فرد وآخر يلاحظ ايضا في الفرد نفسه،ذلك ان هنالك حالة من التغيير المستمر في الاعراض المرضية سواء من حيث الوضوح او الدرجة او الاستمرارية،ولهذا فان الاعراض المرضية دائمة التبديل وخاصة في الادوار الاولى للمرض، وهي لا تميل الى الثبات الا في الحالات المرضية المزمنة، وحتى في هذه الحالات فان لنا ان نتوقع شيئاً من التغيير في هذه الاعراض من حيث نوعيتها ودرجتها ومحتواها. ويتضح من متابعة مسيرة المريض بالشيزوفرينيا من بداية مرضه حتى وصوله الى حالة مزمنة من المرض بانه يمر بمراحل مختلفة وبان كل مرحلة منها تتصف باعراض معينة، وبهذا فهو يظهر خلال مسيرته المرضية طائفة واسعة جدا من الأعراض التي تتوالى في الظهور أو الانحسار بين الحين والآخر، هذا وقد يكون التغيير في الاعراض المرضية بطيئاً وبصورة يصعب رصد التبديل فيها، كما يمكن ان يكون سـريعا بحيث تبـدو الاعراض وكأنها حدث طارىء جديد في الحالة المرضية. اما التغيير الذي يلاحظ في اعـراض المرض الشيزوفريني بين مريض وآخر وحتى في المريض نفسه بين حين واخر او خلال مسيرته المرضية انما هو احد مظاهر طبيعة المرض الشيزوفريني كما انه يمثل فعل المرض وتفاعله مع الشخصية الفريدة لكل مريض وهي شخصية لا تتماثل تماما مع شخصية اي مريض آخر، غير ان هنالك عوامل اخرى يمكن لها ان تساهم في تغيير الاعراض المرضية في المريض الشيزوفريني واهم هذه العوامل هي الاجراء العلاجي على المريض وثانيها الظروف المحيطة والتي تشمل ما يتعرض له المريض من ظروف ومواقف وتجارب، وهذه الظروف يمكن ان تختلف في حياة الافراد وفي حياة الفرد نفسه بين حين وآخر،وهذا يفسر ما يلاحظ من التغيير في الصورة المرضية للمرض الشيزوفريني بصورة عامة بين الماضي والحاضـر، وهو التغييـر الذي لاحـظه المختصون من بلدان عديدة في الوقت الحاضر، والذي تلاحظ بعض مظاهره في بلادنا ايضا، ونحن اذا ما قارنا الصور المرضية التي الفناها لهذا المرض قبل ثلاثين عاما مع الصور المرضية التي يظهر عليها المرض في الفترة الزمنية الحالية فإننا نلاحظ التغييرات التالية في الاعراض المرضية وهي التغييرات التي يمكن ان تدل على تأثير كل من الظروف الحياتية (بما فيها من مؤثرات حضاريـة وثقافيـة وسياسيـة واجتماعيـة واقتصادية) والوسائل العلاجية على الصورة التي تظهر فيها الأعراض المرضية :

- هنالك تناقص كبير في الاوهام ذات الطبيعة السحرية.
- هنالك تناقص في الاعراض المرضية التي تبرر تشخيص المرض بانه حالة الكاتاتونيا وهي الحالة التي يتأرجح فيها المريض بين حالة الهدوء الشديد والهياج الشديد، ومثل هذه الحالة قلما تظهر في الوقت الحاضر.
- تزايد الأعراض التي توصف بانها أوهام اضطهادية.
- تزايد ظهور الانفعال الكآبي وارتباط ذلك بالظروف الحياتية.
- تناقص الأعراض الهياجية والاوهام والهلاوس الدينية وهلاوس البصر.
- تزايد الحالات المرضية الحادة الظهور مع نقص نسبي في الحالات المرضية المزمنة.

٤ ـ تصنيف الشيزوفرينيا

في البدايات القديمة كان هنالك نوع واحد من المرض العقلي والذى وصف به كل من ابتعد عما هو مألوف ومقبول ومعقول من مظاهر الفكر والسلوك في مجتمعه . وفي عصر الحضارة الاغريقية صنف هذا النوع الى اصناف عدة لكل واحد منها مظاهر معينة . ومن الأصناف التي وضعوها هي : الملنخوليا والبارانويا والهستيريا والمانيا وغيرها من الأصناف التي ما زالت مصطلحاتها وبعض خصائصها قائمة حتى الآن . وزاد الأطباء العرب القدامى على هذه الاصناف اصنافاً اخرى . وهنالك من علماء اليوم من يعتقد بأنهم اول من وضع تصنيفا وافياً لهذه الامراض هو اقرب ما يكون للتصنيفات الحديثة للامراض العقلية . والنظر في اعراض بعض هذه الأصناف يبين بصورة واضحة بأنها تتطابق الى حد بعيد مع اوصاف المرض الشيزوفريني بشكل عام ومع بعض التصنيفات الموضوعة حديثاً لهذا المرض .

ان اول اصطلاح لهذا المرض في العصر الحديث هو ما اصطلح عليه العالم الفرنسي موريل عام ١٩٥٦ باسم (الخرف المبكر Dementia Precoce) ، واعطي مثلاً على ذلك اصابة فتى في الرابعة عشرة من عمره باضطراب عقلي ادى بسرعة الى تدهور في ملكاته العقلية . وبعد سنين قليلة من ذلك (١٨٦٣) اضاف كالبوم Kahlbaum صنفاً اخر للمرض سماه البارانويا ، Paranoia ، وخص هذا الصنف بمظاهر الأوهام العقلية والاضطراب السلوكي الشديد ، وفي وقت لاحق (١٨٦٨) اضاف كالبوم صنفاً اخر يتصف صاحبه بجمود الحركة وسكون النطق وسماه بحالة الكاتاتونيا . وفي عام ١٨٧٠ اضاف (هكر Hecker) صنفاً آخر يتصف بحالة خبيثة من الاضطراب العقلي وتبدأ في سن الشباب وحوالي سن البلوغ ، وتؤدي في النهاية الى تدهور في الشخصية والملكات العقلية ، وسماه بـ الهبفرينيا أي «انفصام الشباب» . ثم جاء كربلاين Kraeplin (١٨٩٦) فجمع الاصناف الثلاثة : البارانويا والكاتاتونيا والهبفرينيا في حيثية مرضية واحدة سماها (بالخرف المبكر) وهو الاسم الذى اصطلحه موريل من قبل (١٨٥٦) . وفي عام ١٩٠٣ اضاف (ديم Diem) صنفاًآخر لهذه المجموعة ليصف به حالات مرضية تبدأ بصورة تدريجية وتتسم بقلة او انعدام الحافز وفعل الارادة ، وسمى هذه الحالات (بالخرف المبكر البسيط Dementia Praecox Simplex) . وجاء بلولر Bleuler وهو اول من اصطلح التسمية الحديثة للمرض (الشيزوفرينيا) ، ومنذ البداية اعتبر بلولر بأن هذا المرض (ليس هو مجرد حيثية مرضية واحدة وانما حيثيات متعددة ، ولهذا اطلق على المرض صفة الجمع : (الشيزوفرينيات Schizophrenias) . ومع ادراك بلولر للتفاوت بين مختلف حيثيات الشيزوفرينيا من حيث سن الابتداء ، والمسيرة المرضية والأعراض المرضية ومصير المرض ، الا انه ابقى على الاصناف الأربعة السابقة وهي البارانويا ، والهبفرينيا والكاتاتونيا والخرف المبكر البسيط ، غير انه استبدل المصطلح الأخير بمصطلح لا يوحي بالخرف وهو مصطلح الشيزوفرينيا البسيطة Simple Schizophrenia. ومنذ زمن بلولر ظلت هذه الاصناف الأربعة بمثابة الاصناف الرئيسية لمرض الشيزوفرينيا بالرغم من المحاولات المتعددة التي قام ويقوم بها العلماء من بلدان مختلفة في وضع تصنيفات جديدة للمرض . وتتراوح هذه التصنيفات من الاكتفاء بصنف مرضي واحد وهو الشيزوفرينيا ، الى عدة اصناف وبتسميات مختلفة تربو على الثلاثين صنفا . والذى يفسر ، ولعله يبرر ايضاً هذا التعدد واحياناً الفوضى التصنيفية ، هو اننا ما زلنا حتى الآن نفتقر الى تعريف او تحديد متفق عليه للحالات المرضية التي يشملها مصطلح الشيزوفرينيا . والتوصل الى مثل هذا الاتفاق يتطلب اولاً

التوصل الى فهم لأسباب المرض وبالتالي الى تحديد اعراضه ومسيرته ومصيره ، وهي الأمور التي لم يمكن التوصل اليها حتى الان . وقد اعتبر مثل هذا القصور في بعض الاوساط مبرراً للتشكك في أن مرض الشيزوفرينيا هو مرض وله ما للامراض الاخرى من المقومات ، وذهب البعض الى ابعد من ذلك والى حد نفي وجود المرض كلياً ، واعتباره مجرد اختراع وجد ليخدم اغراضاً معينة في المجال العائلي والاجتماعي والسياسي والطبي .

ومن الاعتراضات على تصنيف المرض الى انواع ، هو أن المريض الواحد قد يتدرج او يتراوح في مسيرته المرضية عبر عدة صور مرضية ، وقد يمر بعض المرضى بجميع الصور المرضية المعروفة في المرض الشيزوفريني ، كما أن اعراض الصورة المرضية الواحدة قد تحوي العناصر الأساسية لصورة مرضية اخرى ، مما يجعل من الصعب القطع بوجود صور مرضية محددة وعازلة عن غيرها ، ومع جميع هذه الاعتراضات والاحترازات والصعوبات ، فان هنالك فائدة في الأبقاء على بعض الاصناف المرضية المعروفة ، فمثل هذا التصنيف يسهل التفاهم بين الأطباء المعنيين بهذا النوع من المرض ، كما أن في ذلك بعض الفائدة في اعطاء تشوف لمسيرة المرض ومصيره ، ولعل هنالك فائدة اخرى غير ظاهرة في الأبقاء على مبدأ تصنيف المرض الى حالات وصور مرضية ، لأن من شأن ذلك أن يؤدي بالنهاية الى فهم وتحديد افضل للمرض الشيزوفريني وما يدخل ضمنه من حالات وصور مرضية .

المحاولات التصنيفية للمرض الشيزوفريني

هنالك العديد من المحاولات التصنيفية لمرض الشيزوفرينيا ، وهي كما يتبين من اسمائها تعتمد اسساً مختلفة من التصنيف ، مثل عمر المريض والمسيرة المرضية والأعراض المرضية والمصير المرضي والأسباب المرضية ، او الأسباب المرسبة للمرض ، ونمط ابتداء المرض وغير ذلك من العوامل التي يعتمدها اخصائي او آخر في تصنيف المرض وفيما يلي بعض المحاولات التصنيفية الهامة والتي يعمل بها في مكان او آخر في الوقت الحاضر .

أولا : التصنيف الى الأنواع الاربعة الكلاسيكية من المرض وهي :

١) الشيزوفرينيا البسيطة Simple Schizophrenia ، والتي يغلب فيها فقدان المريض للاستجابات العاطفية .
٢) الهبفرينيا ، والتي تغلب فيها اعراض اضطراب الفكر واضطراب العاطفة وضعف الارادة .
٣) الكاتاتونيا ، واظهر اعراضها هي في مجال الحركة ومراوحة المريض بين الحركة المفرطة والسكون .
٤) البارانويا ، والتي تكون الأوهام العقلية اكثر اعراضها بروزا .

ثانيـاً :

تصنيف المرض الى حالات حادة وحالات مزمنة ، وهو تصنيف مهم ، ذلك ان هنالك من يحدد مرض الشيزوفرينيا بالحالات المزمنة والتي لا تشفى عادة ، بينما هنالك آخرون ممن يعتبرون الحالات المرضية الحادة بأنها حالات مرضية غير شيزوفرينية الا اذا ازمنت في النهاية .

ثالثــاً :

تصنيف المرض الى صنفين، هما : الشيزوفرينيا الحادثة او التدريجية Proccss Schizophrenia) والشيزوفرينيا الانفعالية Reactive Schizophrenia وقد قـام بهذا التصنيف كنت Kent(١٩٤٨). وتبعاً لهذا التصنيف، فان الشيزوفرينيا الحادثة والتي تسمى أيضاً بالشيزوفرينيا النووية Nuclear Schi- zophrenia ، أو الشيزوفرينيا الصافية Pure Schizophrenia أو الشيزوفرينيا التكوينية Constitu - tional Schizophrenia تتسم بالمظاهر التالية : تاريخ طويل يسبق المرض وتظهر فيـه على المـريض دلالات من عدم التكيف، ٥العلاقـات البيتية غير الطبيعية، والمشاكل البيتية والمدرسية، مع بدايـة تدريجية للمرض بدون وضوح عامل مرسب مباشر، وانحطاط تدريجي للنشاط والفعاليـة بما في ذلـك النشاط الجسمي والفكري، مع قلة الانجاز والوصول الى الهدف أو الغاية، وظهور الفرد بمظهر البلادة، وانغماسه في لجة من الأفكار الذاتية، اضافة الى الاضطرابات الفكرية والأوهام الجسمية . ومن خصائص هذا النوع عادة هو وجود تاريخ عائلي من المرض العقلي المزمن، مما يشير الى وجود اساس بايولوجي يقرر الاتجاه نحو المرض، ووجود ام متسلطة في محيط عائلي منخفض المستوى اقتصادياً واجتماعياً ومقدرة عقلية، كما ان المريض قبل وضوح مرضه هو على العموم عاطل عن العمل بارادته، وغير متزوج وغير اجتماعي . ومن الواضح ان جميع هذه المظاهر تتوافق مع الصور الكلاسيكية التي يحملها الناس عن مرض الشيزوفرينيا، وهي الصورة التي يعتبرها الاطباء بمثابة (الفولاذ الذى لا يصدأ) من الشيزوفرينيا . وقد اعطي لهذا النوع من الشيزوفرينيا ما هو متوقع من المصير المزمن غير القابل للشفاء . واعتبرت الحالات المرضية الهبفرينيا والشيزوفرينيا البسيطة من عشيرة هذا النوع من المرض . أما النوع الثاني وهو الشيزفرينيا الانفعالية فهو على نقيض الشيزوفرينيا الحادثة ينصف بالخصائص التالية : الابتداء في سن الرشد (أي بعد انقضاء مرحلة المراهقة) ، ويأتي عادة على شكل حاد وعلى اثر عوامل من الضغط او الأثارة الشديدة في محيط المريض او حياته او تجربته الشخصية . أما شخصية المريض السابقـة للمرض فهي عـلى العموم شخصية متوازنة، مع توفر الدليل على أن المريض قبل مرضه كان يعمل وينتج ويقيم علائق اجتماعية طبيعية، كما يتضح عادة خلو المريض من تاريخ عائلي للمرض، والنشأة في بيت تقع السيطرة فيه بيد الأب، كما ان العائلة بمجموعها تقـع ضمن الحدود الـوسطى او الأعـلى من ذلك من حيث المستـوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي . وبالنظر لهذه الخصائص وللنتائج الايجابية في مصير المرض، فقد اعتبر هذا المرض مرضاً شبيهاً للشيزوفرينيا Schizophreniform ، كما اعتبر من عشيرته حالات البارانويا وبعض حالات الكاتاتونيا وبعض حالات الشيزوفرينيا الكآبية التي تتخللها فترات من الحياة العقليـة الطبيعية .

(رابعــاً) :

تقسيم الشيزوفرينيا تبعاً للمظاهر السلوكية (كاميرون Cameron (١٩٤٧) الى حالات العدوانية Aggressive وحـــالات (٢) الخضـوع Submissive (٣) والحـــالات المنفصلة Detached. وقسم كاميرون كل واحدة من هذه الحالات الى اصناف اخرى، مثـال ذلك تقسيمـة حالـة (التعدى) الى : (المضـطهد) و(المتعـاظم)، و(معاقب نفسـه)، وهكذا . وقـد ازال كاميـرون التقسيمات التقليـديـة للشيزوفرينيا الى شيزوفِرينيا بسيطة والبارانويا والكاتاتونيا والهبفـرينيا، فـألغى البسيطة، ووضـع نوع

شيزوفرينيا التعدى بدلاً من البارانويا ، وشيزوفرينيا الخضوع بدل الكاتاتونيا ، وشيزوفرينيا الانفصال بدلا من الهبفرينيا .

(خامساً) :

تقسيم شنايدر Schneider ١٩٤٢ الشيزوفرينيا الى ثلاث حالات ١) حالة الانطواء الفكري ، و٢) حالة العشوائية او اللامنهجية ، و٣) الحالة الهرائية . فالحالة الانطوائية الفكرية تتصف اضافة للانطواء الفكرى بمظاهر انقسام الفكر وتعثره مع ومضات ايحائية او اوهام ذات طابع كوني او ديني ، أما الحالة العشوائية ، فتتسم بالافكار غير المتسلسلة وغير الهادفة ، مع جمود العاطفة او تبديلها من غضب الى قلق او يأس أو اشتكاء ، اما الحالة الثالثة : (الهرائية) ، فان كلام المريض فيها يبدو صحيحاً من ناحية التركيب اللغوي ، غير ان المحتوى هو هراء ولا يعني لسامعه شيئاً ، أما المزاج ، فهو ضعيف القوة ، ويتسم باللامبالاة بالناس وبالأشياء وبالقيم .

(سادساً) :

تقسيم كلايست للشيزوفرينيا الى صنفين رئيسيين هما الشيزوفرينيا النموذجية Typical Schizophrenia والشيزوفرينيا غير النموذجية . .Atypical schizo، وقد اعتبر كلايست الحالات النموذجية بأنها نتيجة لأصابة نظامين عصبيين فقط في الجهاز العصبي بالاضطراب ، اما الحالات اللانموذجية فرأى بأنها تأتي نتيجة لاصابة عدد من هذه الأنظمة بالاضطراب ، وقد خص كلايست الشيزوفرينيا النموذجية بالخصائص التالية وهي : البداية التدريجية والمسيرة المتواصلة ، اضافة الى تحديد الأعراض والصور المرضية ضمن اشكال معينة ، أما الشيزوفرينيا اللانموذجية فانها تتسم بتعدد الصور المرضية ، وبالبداية غير التدريجية ، والمسيرة غير الرتيبة ، والتي تكثر فيها الانتكاسات والتقلبات ، كما يكثر فيها دلائل العامل الوراثي بالمقارنة مع الشيزوفرينيا النموذجية .

(سابعاً) :

تقسيمات ليونهارد Leonhard (١٩٣٦) ، الى شيزوفرينيا (نظامية Systemic) وشيزوفرينيا غير نظامية Non - Systemic والفرق الأساسي بين هذين الصنفين من الشيزوفرينيا هو ان اعراض الصنف النظامي هي اعراض واضحة ومحددة . وبأن الصورة المرضية غير مجادل فيها ، والحالات المرضية في هذا النوع تبدأ بصورة تدريجية وهادئة ، ويفسر ليونهارد هذا التصنيف من الحالات الشيزوفرينية بأنه نتيجة لاصابة نظام وظيفي واحد من الوظائف العليا للدماغ ، ولهذا فان مجموعة متوافقة من الأعراض تظهر مدللة على هذه الاصابة ، وقد قسم ليونهارد هذا الصنف الى انواع سريرية متعددة لا نجد ضرورة لسردها . اما الصنف اللانظامي من الشيزوفرينيا ، فهو يتصف ببداية حادة او عاصفة للمرض ، ثم ان الاعراض المرضية فيه هي اعراض متعددة الأشكال والصور . وقد قسم ليونهارد الشيزوفرينيا غير النظامية الى عدة انواع وهي : ١) (البارافرينيا المزاجية Affect - laden - paraphrenia) و ٢) الشيزوفرينيا الهذائية Schizophasia) ، و٣) الكاتاتونيا الدورية Periodic catatonia ، ففي النوع الأول ، ينفعل الفرد بصورة ما نتيجة تفاعله مع ما يحمله من أوهام ، وهو على العموم يزداد انفعالاً كلما جودل في

أمر أوهامه . اما في النوع الثاني فان العارض الغالب على المريض هو الارتباك الشديد في النطق واى درجه يتعذر معها فهم ما يقوله؛هذا في الوقت الذى يبدو فيه المريض طبيعياً في سلوكه وفي ادائه لعمله . اما النوع الثالث، الكاتوني، الدورى، فهو يتسم بمظاهر مختلطة من الحركة الزائدة والحركة المتوافقة وبصورة دورية .

ثامنـــاً : التصنيف الروسي للشيزوفرينيا

يبدو بأن الروس اكثر تأثراً بكربلاين في أمر تشخيصهم وتصنيفهم للمرض الشيزوفريني، فهم يقيمون وزناً عظيماً لمسيرة المرض ولحدوث الانتكاسات المرضية للتفريق بين نوع وآخر من انواع الشيزوفرينيا، وعلى أساس من هذا التأكيد على مسيرة المرض ومصيره فانهم يصنفون المرض إلى الأصناف التالية وهي : ١ـ الشيزوفرينيا المستمرة أو المتواصلة، ولها الأصناف الثانوية التالية : البطيئة، والمتدرجة، والخبيثة، ٢ـ الشيزوفرينيا الدورية غير المتدرجة، ٣ـ الشيزوفرينيا المتدرجة شبه المتغيرة، ومن أصنافها الثانوية الخفيفة، والمتدرجة، والخبيثة .

٥ ـ الاصناف السريرية للشيزوفرينيا

هنالك كما بينا الكثير من المحاولات لتقسيم المرض الشيزوفريني الى اصناف سريرية ، ومعظم هذه التقسيمات تعتمد اساسا لها الصور الاكثر وضوحاً في الحالة المرضية ، وهي الصورة المتغيرة باستمرار ، والتي قد يمر بها المريض الواحد في مسيرته المرضية . ومع ذلك فان لهذه التقسيمات بعض الفائدة العملية لانها تعمق وتوسع من مفهوم المرض ، وان كانت لا تقربنا بالضرورة من التوصل الى معرفة اسباب المرض وطبيعته . وهنالك اليوم تصنيفان أساسيان يعتمدهما الأطباء في تصنيف مرض الشيزوفرينيا الى انواع سريرية : التصنيف الأول منها اوروبي ، والآخر امريكي ، والتصنيف الأول يعتمد الأنواع السريرية الأربعة التي وصفها بلولر السويسري وهي الشيزوفرينيا البسيطة ، والهبفرينيا ، والبارانويا ، والكاتاتونيا . ويضاف اليها في انجلترا نوع خامس وهو ما يسمى بالشيزوفرينيا المختلطة ، ومع ان هذه التقسيمات ثابتة الاستعمال في المجال العلمي السريري والاكاديمي ، الا ان هنالك من يرى بانها تقسيمات عتيقة لا قيمة عملية لها ، غير انهم لا يقدمون بدائل افضل لها . أما التصنيف الأمريكي فيصنف حالات الشيزوفرينيا الى عدد اكبر من الأصناف السريرية الاوروبية ، فاضافة الى الاصناف الاربعة الأساسية : (البسيطة ، والهبفرينيا والكاتاتونيا ، والبارانويا) أضاف الاميركيون الاصناف التالية وهي : ١) الشيزوفرينيا المزاجية Schizoaffective و ٢) الشيزوفرينيا الحادة غير المفرقة Acute undiffer entiated و ٣) الشيزوفرينيا المزمنة غير المفرقة و ٤) الشيزوفرينيا المتبقية Residual schizophrenia و ٥) شيزوفرينيا الاطفال . وهنالك من يضيف الى هذه الاصناف اصنافاً اخرى منها : الشيزوفرينيا العصابية الكاذبة Pseudoneurotic schizo phrenia والشيزوفرينيا الكامنة ، Latent schizo phrenia ، اوما يسمى ايضا بالشيزوفرينيا Ambulatory schizo . وفيما يلي مختصر للخصائص الهامة لهذه الأصناف .

١ ـ الشيزوفرينيا البسيطة : **Simple Schizophrenia** :

يتصف هذا النوع من الشيزوفرينيا بالخصائص التالية : البداية البطيئة والتدريجية التي تتمثل في تدهور الشخصية وهبوط الدوافع ، ونضوب العاطفة ، ويقترن ذلك عادة بانزواء المريض وانعزاله عن المجتمع والحلقة العائلية ، وفقدان الحافز لأي نشاط ، وفي اتكال المريض على غيره . اما الهلاوس والاوهام فهي قليلة الدقوع فى هذا النوع من المرض ، غير ان هذه الاعراض اضافة إلى اضطراب السلوك فيمكن ان تظهر عندما يتقدم المرض ويصل الى مرحلة الازمان . ومثل هذا النوع من المرض يأتي عادة

كاستمرار لشخصية شيزية ، كما ان مصير المرض لا يبشر بالانفراج والشفاء .

٢ ـ الهبفرينيا (فصام الشباب) Hebephrenia :

هذا النوع من الشيزوفرينيا يبدأ كالشيزوفرينيا البسيطة بصورة تدريجية في معظم الحالات ، وهو اكثر ما يحدث في سن الشباب خاصة في مرحلة البلوغ ، غير ان الاضطراب الفكري شديد الدرجة ، كما أن العاطفة تبدو ضحلة وغير متوافقة مع المواقف التي تستدعيها ، أما السلوك فتسوده الفوضى والتشويش كما تكثر فيه التصرفات الناشزة كالضحك والقهقهة والأفعال الأندفاعية الهوجاء والتلقائية . وهنالك بعض الحالات المرضية من هذا النوع والتي تبدأ بصورة اكثر حدة وباعراض انفعالية من المزاج كالهياج والنشوة او القلق او الكآبة او تدفق الحركة . وعلى العموم فان هذا النوع من الشيزوفرينيا يتجه نحو الازمان والتدهور العقلي ، حاله حال الشيزوفرينيا البسيطة ، وهو كالنوع البسيط لا يبشر بمصير حسن .

٣ ـ الكاتاتونيا Catatonia :

نوع الشيزوفرينيا المعروف بالكاتاتونيا يبدأ عادة في سن متأخرة من مرحلة الشباب ، وهو على خلاف النوعين السابقين يبدأ عادة بصورة حادة من اضطراب الحركة اما في اتجاه الهياج أو باتجاه السكون والسبات ، وحالة المريض تتداول عادة بين الحالين بفاصل ساعات أو ايام او اسابيع . والحركة الفائضة للمريض تأتي عادة على صورة هياج او عنف او افعال اندفاعية يصعب تفريقها احياناً عن حالات المانيا وصرع السايكوموتور وحالات الهذيان العقلي المصاحبة للحميات والسكر ، وكثيراً ما يصاحب هذه الحالات الهياجية حالة من القلق او الرعب او الغضب مع شتى الهلاوس والاوهام . اما حالات توقف الحركة والسبات ، فهي تتصف بسلبية السلوك والبكم والمطاوعة الشمعية : (مطاوعة التحريك بدون مقاومة) ، والسبات ، غير ان المريض في مثل هذه الحالات يحتفظ بانتباهه ووعيه الكامل لكل ما يجري حوله ، وان كان لا يبدي ما يدلل على ذلك في حينه . وفي معظم الحالات ينتقل المريض من حالة الكاتاتونيا الهياجية الى الحالة السباتية بصورة مفاجئة وسريعة وبدون مقدمات . والملاحظ ان حالات الكاتاتونيا هي اقل حدوثاً الآن بين المرضى مما كان عليه الحال قبل ظهور العلاجات المعقلة الحديثة والعلاج الكهربائي ، وكلاهما علاجان فعالان في السيطرة على كل من دوري هذه الحالة : الهياجي ، والسباتي . وعلى العموم فان مصير هذا النوع من الشيزوفرينيا هو مصير افضل من النوعين السابقين . الا اذا حدثت نوبات الاضطراب الحركي على خلفية من الشيزوفرينيا المزمنة ، وعندها فان العلاج مهما كان نوعه لا يؤثر تاثيراً جذرياً في الخلفية المرضية المزمنة ، وان كان يحد من الاضطراب الحركي ، وخاصة باستعمال الصدمة الكهربائية .

٤ ـ الشيزوفرينيا البارونية Paranoid Schizophrenia :

لهذا النوع من الشيزوفرينيا صفات مميزة حملت البعض على الاعتقاد بأن المرض الباروني هو حيثية مرضية مستقلة وقائمة بذاتها . وهذا النوع يبدأ عادة في سن متأخرة بالقياس الى الانواع السابقة ، أي في الثلاثينات والأربعينات من العمر ، كما انه يحدث في اناس عرفوا بشخصية متماسكة في ماضيهم السابق للمرض ، وان كانت هنالك دلائل على انهم كانوا دائماً يميلون للتشكك وعدم الثقة بالآخرين وبنواياهم .

وأهم مظاهر هذه الحالة المرضية هي الأوهام المستمرة أو الثابتة التي يحملها المريض ، وهي عادة أوهام اضطهاد أو عظمة أو غيرها ، وقد تتوفر هلاوس حسية ذات طابع اضطهادي أو أنها تنوه بعظمة المريض ، وقد يحتفظ المريض لمدة طويلة بمظاهر من التماسك الخارجي في شخصيته بحيث يصعب أو يتعذر تشخيص وجود المرض فيه .

٥) الشيزوفرينيا المزاجية Schizo- affective :

كما يتضح من التسمية ، فان خصائص هذه الحالة هي مزيج من الاعراض المدللة على اضطراب الفكر ، مع الاعراض المدللة على اضطراب المزاج اما باتجاه الكآبة او باتجاه الهياج . غير ان معظم الاضطراب المزاجي يتجه نحو الكآبة ، مما يبرر في هذه الحالة استعمال المصطلح الشيزوفرينيا الكآبية . وهذه الحالة المرضية تأتي عادة بصورة حادة ، ويقترن فيها الاضطراب الكآبي باوهام اضطهادية ، وكثيراً ما تأتي الحالة على اثر عامل طارىء ومرسب . اما المصير المرضي فهو من افضل المصائر المرضية للمرض الشيزوفريني بصورة عامة ، ولكنه مع ذلك يقتضي معالجة الحالة المرضية بعلاج مشترك من العلاجات المعقلة ومضادات الكآبة بما في ذلك الصدمات الكهربائية عند الضرورة ، كما يقتضي محاذرة اقدام المريض على المحاولات الانتحارية . هذا وهناك من لا يعتبر هذا النوع من المرض لا مرضاً شيزوفرينيا ، ولا مرضاً مزاجياً ، وانما يعتبر المرض حيثية مستقلة من حالات الأمراض العقلية .

هنالك بعض الحالات المرضية التي لا يشك في أنها شيزوفرينية غير ان من المتعذر على الباحث ان يصنفها تحت نوع أو آخر من الأنواع الشيزوفرينية المعروفة ، ولهذا سميت هذه الحالات بالشيزوفرينيا غير المفرقة ، او غير المصنفة ، وهي اما تكون حادة او مزمنة .

٦ ـ الشيزوفرينيا (غير المفرقة) الحادة Acute undifferentiated schizophrenia :

في الحالات الحادة والحديثة الوقوع من هذا النوع من الشيزوفرينيا تأتي الأعراض متعددة وصاخبة وسريعة التبدل مما يصعب تحديدها على نمط شيزوفريني معين من الأنماط الاربعة التي سبق ذكرها ، كما يصعب تفريقها عن الحالات الصاخبة من الانفعال العقلي لسبب او آخر . ومع ان بعض هذه الحالات تتبلور مع مرور الزمن الى نوع او اخر من انواع الشيزوفرينيا ، الا ان الكثير من هذه الحالات الحادة تنتهي أعراضها كلياً وبدون الاستقرار على صورة مرضية شيزوفرينية واضحة ، وهو ما يلاحظ في الانفعالات العقلية التي تأتي على اثر تجربة نفسية او مادية صارمة وشديدة ، وعلى خلفية من الشخصية يتسم صاحبها بالحساسية المفرطة والشعور بالمسؤولية . ومثل هذا الواقع هو الذي يبرر في نظر بعض الباحثين عدم اعتبار الحالات الحادة هذه من الانفعال مرضاً شيزوفرينياً حتى ولو تضمنت اعراضها الصور المرضية الواردة في مرض الشيزوفرينا ، وهو الذي يبرر ايضاً ضرورة التريث في تشخيص المرض على انه شيزوفريني والى حين انقضاء ستة اشهر متواصلة على ابتداء المرض على أن لا يتخللها أي فترة من انحسار الحالة المرضية . ومَن أهم اعراض هذه الحالة هي اعراض الفزع والهلاوس والأوهام ، والشعور بعدم الواقعية ، وتجريد الشخصية ، غير أن العاطفة لا يصيبها التبلّد الذي يحدث عادة في الشيزوفرينيا الأصيلة .

٧ ـ الشيزوفرينيا المزمنة (غير المفرقة) Chronic undibberentiated Schizophrenia :

هذا النوع من الشيزوفرينيا كالنوع الحاد السابق ، لا يتطابق مع نمط واضح ومعين من الشيزوفرينيا . ومعظم الحالات من هذا النوع اما تظل في حالة ثابتة ومزمنة من المرض العقلي ، واما تؤول في النهاية الى حالة من التدهور العقلي مما هو اقرب ما يكون الى حالة الخرف .

٨ ـ الشيزوفرينيا المتجولة Ambulatory Schizophrenia :

يقصد بهذا المصطلح الحالات المرضية الشيزوفرينية التي لا تجلب انتباه احد ولا تظهر اعراضها للغير، والتي يتجول صاحبها بين الناس وهو يحمل امكانية المرض الذي يظهر فيه اذا ما تعرض لمواقف من الشدة والارهاق . ومن الواضح ان من المتعذر تفريق هذه الحالات عن أي حالة مرضية شيزوفرينية قبل حدوثها .

٩ ـ الشيزوفرينيا الكامنة Latent Schizophrenia :

أطلق بلولر هذا المصطلح للدلالة على حالات بعض المرضى من ذوي الشخصيات الغريبة والمضطربة ويستعمل هذا المصطلح اليوم مع مصطلحات اخرى مرادفة ، مثل الشيزوفرينيا البادئة ، والشيزوفرينيا الحدودية ، والشيزوفرينيا المتجولة Ambulatory schizoph والشيزوفرينيا السابقة للمرض العقلي ، prepsychotic لتسمية بعض الافراد الذين تتوفر فيهم بعض الأعراض الشيزوفرينية بين الحين والآخر كالشذوذ في السلوك أو التفكير ولكن بدون توفر صورة واضحة او محددة عن المرض العقلي .

١٠ ـ الشيزوفرينيا النفسية (العصابية) الكاذبة Pseudoneurotic Schizophrenia :

تقع تحت هذه التسمية الحالات المرضية التي تكون فيها الصورة الشيزوفرينية مغمورة بأعراض متعددة من صور مرضية نفسية مختلفة . ومعظم هذه الحالات تحدث في سن المراهقة والشباب . وهنالك من ينفي وجود هذا النوع من الانفعال الشيزوفريني ، ولكن مما لا شك فيه أن بعض المرضى من الذين يشكون من اعراض نفسية متعددة قد ينتهي بهم المطاف الى الأصابة بمرض الشيزوفرينيا الفعلي ، كما ان هنالك من مرضى الشيزوفرينيا ممن تكثر فيهم الشكاوى المرضية النفسية المختلفة ، وقد يظل بعضهم مدة طويلة من الزمن يعانون من الاعراض المشتركة لكل من المرض النفسي والمرض العقلي والى درجة يصعب معها الجزم في أي من المجالين النفسي او العقلي من المرض يقع المريض . هذا ونحن نلاحظ وفرة مثل هذه الحالات المرضية في بعض افراد العائلات التي يوجد فيها مريض أو أكثر لجيل او اكثر، من المصابين بمرض الشيزوفرينيا . وهذا يبرر اعتبار مثل هذه الحالات حالات (حدودية) أو (كامنة) أو (ذات استعداد) للمرض الشيزوفريني .

١١ ـ الشيزوفرينيا (المتبقية) Residual Schizophrenia :

هذا المصطلح يصف البقايا التي استقرت في المريض بعد زوال الأعراض الحادة للمرض . ومع ان بقايا المرض قد تظل ثابتة على قدر ما ، الا ان هذه البقايا قد تتضاءل تدريجياً . او تزداد شدة مع مرور

الزمن ، وليس لذلك ما يمنع من حدوث انتكاسة مرضية حادة وشديدة مهما كانت درجة المرض الباقية ضئيلة . واعراض هذه الحالة تشبه إلى حد كبير أعراض الشيزوفرينيا الكامنة . والفرق بينهما هو أن الشيزوفرينيا المتبقية هي الحالة التي تلي زوال الدور الحاد من المرض الشيزوفريني ، أما الشيزوفرينيا الكامنة ومرادفاتها مثل الشيزوفرينيا المتجولة والشيزوفرينيا الحدودية والشيزوفرينيا السابقة للمرض ، فهي تصف الدور السابق لقيام المرض سواءً حدث هذا الدور أو لم يحدث.

١٢ ـ الشيزوفرينيا المتأخرة .

هذا النوع من الشيزوفرينيا يبدأ في سن متأخرة من العمر ، في الخمسينات والستينات والسبعينات من العمر ، وهو يأتي عادة على صورة النوع الباروني Paraniod والذي تكثر فيه الشكوك والأوهام التي لا أساس لها ، وهنالك شبه بين هذا النوع من الشيزوفرينيا وبين حالة الكآبة المسماة بالكآبة التحولية Involutional Melancholia والى الحد الذي يسمح بتشخيص المريض بأي من الحالتين في بلد أو آخر .

١٣ ـ شيزوفرينيا الطفولة .

شيزوفرينيا الطفولة هي الشيزوفرينيا التي تبدأ في وقت يسبق البلوغ وقد يكون ذلك أحياناً في فترة الطفولة الصغيرة . وعلى العموم فإن هذه الحالة نادرة الوقوع ولا تزيد نسبة وقوعها على عشر نسبتها في الكبار ، كما أنها اكثر حدوثاً في الأطفال الذكور منها في الأناث ، ومع الشبه بين شيزوفرينيا الكبار والأطفال ، الا أن شيزوفرينيا الأطفال تختلف عنها في أنها تظهر على شكل «الذاتية» وهي حالة تتصف بعجز الطفل عن الاتصال الطبيعي مع الغير ، فهو لا يلعب مع غيره من الأطفال كما أنه لا يستجيب لما تبديه والدته من عطف وحنان ، كما أنه يتصرف وكأنه لا يفرق بين الأشياء الحية والأشياء التي لا حياة فيها . ومن مظاهر الحالة الرئيسية أن الطفل يكرّر حركاته ، وكلها تبدو حركات غير هادفة إلى شيء معين ، ومع أن ذكاء الطفل قد لا يقل عن المعتدل ، أو أنه يزيد على المعدل في بعض الحالات ، الا أن الطفل يعاني من تأخر في النطق ، كما أنه يعاني من الأرق عادة ومن اضطراب التوازن في حركته وهو اضطراب يظهر عادة على صورة لف ودوران حول محور محدود المجال . وعلى العموم فإن مصير هذه الحالة لا يبشر بخير .

١٤ ـ شيزوفرينيا المراهقة .

تختلف شيزوفرينيا المراهقين عن شيزوفرينيا المرض من عمر أكبر في أن أعراض الحالة في المراهقين هي أعراض متغيرة ولها أن تبدأ على صورة غير شيزوفرينية كالكآبة والهياج أو الهستيريا أو السلوك السايكوباتي ، غير أن المرض إذا اكتمل وبلغ أوجه فإن اعراضه لا تختلف عن أعراض المرض في من هم أكبر سنا . وبالنظر لهذا الواقع فإنه يقتضي عدم الأسراع بتشخيص الأعراض البدائية للمرض بأنها شيزوفرينية لا لأن هذه الأعراض قد تكون عابرة ومدللة على حالة مرضية أخرى ، وانما أيضاً لأن بعض الأعراض المفردة كاضطراب السلوك ، والانعزال ، والأفكار الغريبة قد تكون مجرد تعبير عن محاولة المراهق على التكيف على ظروف الأرهاق والشدّة والتي يكثر ورودها في حياة المراهق الذي يترتب عليه في هذه المرحلة من العمر أن يجد هويته الذاتية ، وأن يستقل عن الرابطة العائلية ، وأن يجد قيمته ومكانته في الحياة

وأن يسعى لتحقيق طموحاته، وأن يقضي حاجاته العاطفية والجنسية.

١٥ ـ الشيزوفرينيا المشابهة (المشاكلة) .

فرق بلولر (١٩٢٤) بين الشيزوفرينيا المزمنة التي تتماثل مع الصورة التي وصف بها المرض (الخرف المبكر)، وبين ما سماه (بالشيزوفرينيا الظاهرية)، ففي الحالة الاولى يبدأ المرض تدريجياً مع اضطراب شديد في الترابط الفكري mainfest schizophrenia، وفي العاطفة ومع مصير سيء للمرض، بينما اتصف النوع الثاني بالبداية الحادة وبوفرة الهلاوس والأوهام وبمصير حسن للمرض. ومن بعد بلولر قام باحثون اخرون بمحاولات تفريقية مشابهة فاصطلحوا على النوع الاول من الشيزوفرينيا المزمنة باسماء مختلفة منها: (الشيزوفرينيا المركزية central schizophrenia) والنووية nuclear schizophrenia (والنموذجية Typical schizophrenia) والصادقة .True sch، كما اصطلحوا على النوع الثاني اسماء اخرى منها (الشيزوفرينيا المحيطية peripheral schizophrenia واللانموذجية Atypical schi- zophrenia، وغير الخبيثة Benignes schizophrenia والشيزوفرينيا المشابهة (المشاكلة Schizophreniform)، وهذا المصطلح الاخير هو من المصطلحات المستعملة بكثرة في الوقت الحاضر، وهو مصطلح يتساوى مع المصطلح (الشيزوفرينيا الانفعالية Reactive schizophrenia) والذي ارتآه كانتور Kantor (١٩٥٣)، والذي قسم الشيزوفرينيا الى صنفين رئيسيين (الشيزوفرينيا الفعلية Process schizophrenia) والشيزوفرينيا الانفعالية .Reactive schiz وخص الصنف الاول بخصائص التطور البطيء، والبداية في سن مبكرة وعلى خلفية من النمو المضطرب اجتماعيا ونفسياً، وبالانطوائية وقلة الحافز والمبادرة والتبلد العاطفي، وبدون ورود عوامل آنية مرسبة. اما النوع الثاني (الشيزوفرينيا الانفعالية) فقد خصها كانتور بالخصائص التالية: البداية الحادة والسريعة وعلى اثر مواقف مرهقة، وعلى خلفية طبيعية في مجال التكيف الاجتماعي والنفسي وبورود اعراض من الانفعال العاطفي في الحالة المرضية مثل الخوف والقلق والاكتئاب. وفي تطبيق استعمال مصطلح الشيزوفرينيا المشابهة(او المشاكلة)فان الاتجاه السائد الآن هو الاحتفاظ بالمصطلح لشمول جميع الحالات المرضية المشابهة للمرض الشيزوفريني، مهما كانت صفاتها اذا ما كانت مدة الواقع المرضي تقل عن ستة اشهر. وتطبيق هذه القاعدة من شأنه ان يقلل من عدد الحالات المرضية الشيزوفرينية الفعلية بسبب التقليص في تشخيص الحالات المرضية الناجم عن استثناء الحالات الكثيرة المشابهة للمرض والتي ليست من صميمه.

١٦ ـ الشيزوفرينيا الحالمة Oneiroid Schizophrenia :

وصف الدكتور ماير جروس بعض الحالات المرضية الشيزوفرينية والتي يظهر فيها المريض بأنه يشعر ويفكر وكأنما هو في حالة حالمة، وخلال هذه الحالة من اضطراب الوعي يمر بتجربة من الشعور بالنشوة وبالهلاوس المتغيرة بتلاحق سريع، ولكنه رغم هذا الشعور الحالم فإنه ايدرك الواقع ويعترف به وإن كان يعطي الأولية لعالمه المليء بالهلاوس والأوهام. هذا وهنالك من لا يعتبر هذه الحالة الشيزوفرينية بأنها حالة خاصة، وانما مجرد صورة عابرة من الصور الكثيرة التي يظهر عليها المريض في الدور الشيزوفريني الحاد.

٦ ـ الشيزوفرينيا ومراحل العمر

خصت فترة البلوغ والمراهقة بانها فترة ابتداء الأصابة بالمرض الشيزوفريني، ولهذا اصطلح على المرض بالخرف المبكر. غير أنه سرعان ما ادرك بان المرض يمكن أن يبدأ في سن متأخرة من الشباب او الكبر، كما انه عرف منذ سنين عديدة بان حالات مرضية لا يمكن تفريقها عن الشيزوفرينيا في الكبار يمكن ان تحدث في الاطفال ما بين الرابعة أو الخامسة من العمر وحتى سن البلوغ .وبالنظر لبعض الخصائص الخاصة لهذا المرض في مراحل العمر المختلفة، فان من المفيد النظر في هذه الخصائص ودلالاتها. ومع ان المرض قد يحدث في أي سن زمنية من الطفولة حتى الشيخوخة الا اننا نختار للبحث المراحل الهامة التالية من العمر وهي الطفولة والبلوغ والمراهقة والشيخوخة.

شيزوفرينيا الطفولة

هنالك جدل فيما اذا كانت هنالك حالات شيزوفرينية فعلية في الاطفال وفيما اذا كانت هذه الحالات تتشابه في سماتها مع الشيزوفرينيا في الكبار، ويتجه معظم الباحثين الى القناعة بوجود حالات من الشيزوفرينيا في الاطفال وان كانوا يختلفون في مدى تشابهها مع الشيزوفرينيا في الكبار، والصعوبة في التوصل الى رأي حاسم في هذا الموضوع تأتي من عدة اسباب، منها صعوبة تفريق شيزوفرينيا الأطفال عن الحالة العقلية المشابهة والمعروفة بالذاتية Austism، وظهور أعراض عقلية في بعض حالات الأصابة العضوية للدماغ عند الاطفال، وورود بعض المظاهر السلوكية في حالات التخلف العقلي والتي توحي بالمرض العقلي، اضافة الى صعوبة استجلاء المحتوى العقلي والعاطفي للطفل مما يجعل من المتعذر على الباحث تحديد الأعراض المرضية بدقة ووضوح كما هو الحال في الكبار.

ان معظم حالات الشيزوفرينيا في الاطفال تبدأ في السنوات ما بين السادسة والثانية عشرة من العمر، غير انها قد تبدأ قبل ذلك بسنة او سنتين وان كان من الصعب اثبات ذلك. وعلى العموم فان المرض يبدأ على خلفية طبيعية من النمو في السنوات الثلاث الأولى من الحياة، وقبل قيام المرض الفعلي، فان الطفل يعاني عادة من عدة اضطرابات سلوكية في عمليات التبول والتغوط والاكل والنوم والحركة، مع ما يصاحب ذلك من اضطراب بسبب ذلك في علاقة الطفل مع والديه. وفي وقت لاحق قد تظهر اعراض اخرى من الانحراف السلوكي مثل الضحك والقهقهة والحركات العشوائية، كما قد يضطرب شعور الطفل بحالات من القلق والفزع والخوف. ويلاحظ عادة ارتباط بداية المرض واعراضه بحادث شديد الوطأة على الطفل مثل موت الأم او الأب او ولادة طفل جديد للعائلة او صدمات من التجارب المخيفة او المفزعة، ومتى بدأ المرض الفعلي فهو يبدأ عادة على صورة نقص او فقدان الاهتمام عند الطفل لما يدور حوله في محيطه، وفي انعزاله عن غيره، ويمتد ذلك ليشمل التدهور في عمليات النطق والمهارات والعادات

التي تعلمها. وقد اوجز بوتر Potter خصائص الشيزوفرينيا في الاطفال بما يلي:

١) انسحاب الطفل من الاهتمام بما حوله. ٢) بروز انماط خيالية في تفكيره وعاطفته وسلوكه. ٣) النقص في تجاوبه العاطفي. ٤) النقص او الشحة او الجمود العاطفي بشكل عام. ٥) التبدل في نمط الحركة باتجاه زيادة الحركة او تحديدها، بما في ذلك الاتجاه نحو انماط عشوائية او طقوسية او نكوصية من السلوك. وقد اضاف كانر Kanner خصائص اخرى لشيزوفرينيا الاطفال، وجلب الانتباه الى ما يلاحظ فيهم من تدهور في مستواهم الدراسي مع اضطرابات في مقدرتهم على الانتباه والتركيز، وامعانهم في الخيال، كما تظهر عليهم أعراض من سرعة الانفعال وعدم الاستقرار والاندفاعية في القول او الفعل كما انهم يعانون من وساوس مرضية جسمية.

ان حالات الشيزوفرينيا في الاطفال على قلة حدوثها، الا انها على العموم لا تبشر بمصير حسن. ورغم جدوى الوسائل العلاجية الحديثة، الا انه يتوقع ان يمتد المرض او يعاود الطفل ليصبح مزمناً في ثلثي الحالات المرضية على الأقل.

شيزوفرينيا البلوغ

ليس هنالك ما يدل على وجود ارتباط خاص بين البلوغ ومرض الشيزوفرينيا وان كانت هناك دلالات على ان نسبة وقوع الانفعال الشيزوفريني تزيد بعض الشيء في هذه الفترة بالقياس مع الفترة السابقة للبلوغ، وهذه الزيادة لا تفسر بناء على الاثر المباشر للتدفق الهرموني عند البلوغ، وانما لما يتأتى عن ذلك من تغيير في الوضع النفسي للبالغ بسبب التحولات الجسمية الطارئة والتي يمكن ان تغير من صورته القائمة عن نفسه. والحصيلة النفسية لما يحدث من التغيير، هي حالة من الحساسية المفرطة والارتباك والصراع النفسي بين الرغبة في الاستقلالية من ناحية والحاجة الى الاعتماد على الغير من ناحية اخرى والقلق من طغيان الدافع الجنسي والعجز عن تصريفه. وجميع هذه الانفعالات تفرض ضغوطاً شديدة على الحدث البالغ ويمكن ان تدفعه بالضرورة الى حالة من الانزواء والخيال والنكوص الى دور سابق من حياته النفسية مما يضمن له قدراً اعظم من الشعور بالاطمئنان والثقة بالنفس. وهذا يفسر ما يلاحظ على تفكير بعض البالغين من غموض وحيرة وامعان في مداعبة الخيال والابتعاد عن الواقع، وما يلاحظ في عاطفتهم من طفح وانفعالية، وفي سلوكهم من انطوائية او اندفاعية وعناد وتذمر وخمول ووقاحة وعدم اتزان، وهي المظاهر التي تشترك في كثير مع صور الانفعال الشيزوفريني. غير ان الكثيرين من البالغين ممن تظهر عليهم هذه الصفات يعبرون هذه المرحلة الحياتية بدون بقاء اي من هذه الاعراض؛ غير انها في بعضهم، وهم قلة، فإن هذه الاعراض تتواصل وتتعقد الى ان تصل الى حدود المرض الشيزوفريني الفعلي، واذا ما حدث ذلك، فان المرض على العموم سيكون منذرا بمصير سيء، ولهذا فانه يقتضي التريث في اعطاء تشخيص الشيزوفرينيا لمثل هذه الحالات او في اعطاء اي تشوف عن مصيرها النهائي والى حين وضوح الاتجاه الذي سيستقر عليه المرض بعد تجاوز هذه المرحلة الحياتية الطارئة والطاغية.

الشيزوفرينيا والمراهقة

المراهقة على امتدادها من سن البلوغ الى سن اكتمال النضوج والرشد، هي فترة شدة وارهاق

بالنسبة لصاحبها، وللفتى او الفتاة في هذه المرحلة ان يعاني من اعراض وشكاوى عديدة اما بصورة تلقائية وفي ظروف طبيعية من الحياة، واما استجابة او كرد فعل لمواقف مرهقة وضاغطة في حياة المراهق. ومعظم الاعراض التي تحدث في هذه المرحلة تقع ضمن المجال العاطفي والسلوكي، وتنعكس في انفعالية المراهق وفي ظهور اعراض نفسية متعددة، غير ان جميع هذه الانفعالات تنجم عن وفرة الصراعات النفسية في ذهن المراهق، وصعوبة التوفيق بينها وبين مقتضيات الواقع.

وكثيراً ما يحدث في فترة المراهقة وقوع حالات من الانهيار العصبي، وهذه هي على العموم حالات طارئة وحادة وتؤدي الى تعطيل مقدرة المراهق على القيام بالاداء الطبيعي في عمله وعلائقه كما يتوفر فيها ما يدلل على وجود انفصال بين المراهق وبين الواقع، مع اعراض من فقدان حس التوجه نحو الناس والاشياء والارتباك وغيرها من الاعراض التي توحي للمتابع لها بان المراهق يعاني من مرض عقلي فعلي، غير ان الحدة التي تظهر فيها مثل هذه الحالات وارتباطها بموقف او حادث معين، والخلفية الطبيعية لشخصية المراهق كلها تدلل على عابرية الانفعال المرضي وبانه انفعال لا يمثل حالة مرضية عقلية في غالب الاحيان. اما الانفعال العقلي الفعلي، ومعظمه شيزوفريني، فهو اقل حدوثاً من حالات الانهيار، ومع صعوبة التفريق بين الانفعالين الانهياري العصبي والانفعال الشيزوفريني، الا ان بالامكان التمييز بينهما بملاحظة ان الانفعال الشيزوفريني يتسم باضطراب وتغيير في جميع مجالات الشخصية، كما ان المريض الذي يعاني من المرض الشيزوفريني يظهر قناعة تامة بان ما يخلقه عقله من صور واوهام هو حقيقة لا يتنازل عنها، وهو في ذلك يتجاوز الحدود الفاصلة بين الخيال والواقع.

إن هنالك شبهاً عظيماً بين الأعراض المرضية التي تظهر نتيجة اضطراب الحياة العقلية لاي سبب كان في المراهق وبين الأعراض المرضية الشيزوفرينية، ففي الحالتين نجد بأن المراهق هو في حالة إثارة شديدة، وانشغال بآرائه الخاصة وخيالاته واحلامه وتأملاته وانعزاله وتبدل في مزاجه، اضافة الى تصرفات غير متوقعة، وهذا الشبه يجعل من الضروري على الطبيب المعالج ان يتريث قبل الاقدام على تشخيص الحالة المرضية بأنها شيزوفرينية حتى ولو تضمنت جميع العناصر اللازمة لتشخيص المرض الشيزوفريني، ولعل الأوفق في مثل هذه الحالات هو الاكتفاء بتشخيص الحالة بانها حالة مشابهة للشيزوفرينيا مع الاستمرار برصد تطور الحالة الى ان تستقر على اتجاه معين يسمح بتشخيصها بدقة ووثوق. والذي يبرر هذا الأجراء ليس فقط امكانية الخطأ في التشخيص، ولكن ما قد يترتب على هذا الخطأ من ملابسات ومعاناة بالنسبة للمريض وعائلته، واذا اخذت هذه الأحترازات بعين الاعتبار فإن للأعراض التالية ان تبرر إلى حد كبير تشخيص الحالة المرضية في المراهق بأنها حالة شيزوفرينية.

الشيزوفرينيا في الكبر

هنالك من يعتقد بان الشيزوفرينيا هو مرض المراحل الأولى من العمر: المراهقة والشباب، ومثل هذا الرأي هو من بقايا مفهوم المصطلح الأول للمرض (الخرف المبكر dementia praecox) الذي وضعه العالم كربلاين في أواخر القرن الماضي، هذا وما زال هنالك من الاخصائيين في هذا الزمن ممن يرون بان المرض قلما يبدأ في المريض بعد بلوغه سن الاربعين من العمر. وهم لذلك يشخصون مثل هذه الحالات على انها حالات مرضية عقلية اخرى وليست شيزوفرينية. غير ان هنالك بينات احصائية عديدة

تفيد كلها بان مرض الشيزوفرينيا يمكن ان يبدأ، وباعداد غير قليلة، بعد سن الاربعين والخمسين وحتى السبعين من العمر، وبان نسبة وقوع المرض في الكبر هي في ارتفاع مستمر عما كانت عليه في الماضي. ويفسر ذلك على ان نسبة اكبر من الناس تصل الان الى مراحل اكبر من معدل العمر، كما ان تعرض كبار السن للعوامل المرهقة والتي لها ان ترسب المرض، هي اكثر ورودا وشدة في عصرنا مما كانت عليه في العصور السالفة. هذا وقد افادت بعض الدراسات بما يؤيد ذلك، ومن هذه الافادات ان حوالي ١٠ في المئة من جميع المرضى المصابين بمرض عقلي ويدخلون المستشفيات في عمر الستين وما فوق، هم مصابون بالمرض العقلي الشيزوفريني لاول مرة، ومع ان المرض قد يحدث في كبار السن ولاول مرة وعلى خلفية طبيعية من الشخصية وظروف الحياة، الا ان الكثيرين منهم يتضح في ماضي حياتهم بانهم عاشوا حياة ضيقة من حيث التواصل الاجتماعي، وبانهم عانوا من الانعزال والوحدة، وتعثر الحياة الزوجية اما لعدم الزواج، او الترمل، او الطلاق او التفريق، اضافة الى اتصافهم بخاصية الشك في تعاملهم مع الغير، ومنهم من عانى من نقص في السمع. اما الحالات المرضية الشيزوفرينية التي يعانيها كبار السن فهي تقع على العموم في ثلاث فئات، الفئة الاولى تتصف بالهلاوس البارونية والتي تأخذ عادة صفة الأوهام الثابته والمتصلة بهلاوس السمع، والفئة الثانية هي من الحالات المعروفة بمشابهات الشيزوفرينيا، وهي اكبر الفئات، اما الفئة الثالثة فهي فئة الشيزوفرينيا المألوفة.

ان امعان النظر في الحالات العقلية التي تحدث في الكبر قد يظهر بان بعض ما كان يشخص سابقا بانه حالة عقلية عضوية او حالة مزاجية، ما هو في الواقع الا حالات مرضية شيزوفرينية، ومن هذه الأمثلة الحالات المرضية التي كانت تشخص في الماضي بانها كآبة تحولية Involutional Melancholia والتي هي في الواقع اقرب ما تكون الى الشيزوفرينيا الكآبية. وعلى العموم فان مصير الشيزوفرينيا في الكبر هو مصير حسن، الا اذ تعقدت الحالة المرضية بظهور اعراض مرضية عضوية. وفي علاج مرض الشيزوفرينيا في الكبر يجب ان يؤخذ بعين الاعتبار ان تحمل الكبار للصدمة الكهربائية والأدوية المعقلة هو أقل درجة بكثير مما هو عليه الحال للمرضى في سن اصغر، كما ان الكبار هم اكثر تأثرا بتفاعلات العلاجات الطبية منهم في سن أصغر ولهذا فان الأعراض الجانبية الناجمة عن استعمال الأدوية هي أكبر عدداً واكثر شدة فيهم مما هي عليه في الأصغر منهم سنا.

٧ ـ البارانويا

Paranoia

البحث في موضوع الشيزوفرينيا لا يمكن ان يكون وافيا بدون التطرق الى حالة البارانويا وهي حالة قليلة الوقوع نسبيا من بين حالات المرض العقلي كما انها مثار للجدل حول اسبابها وحول ما اذا كانت حالة مرضية قائمة بنفسها او انها مجرد نوع متميز من انواع المرض الشيزوفريني وحالاته.

ان تاريخ المصطلح «البارانويا» هو اقدم بقرون عديدة من مصطلح الشيزوفرينيا.والبينة التاريخية تشير الى ان الطبيب الاغريقي «ابقراط» هو اول من استعمل المصطلح للدلالة على نوع من انواع الاضطراب العقلي والتي شملت الصرع، والمانيا والمنخوليا والبارانويا.ومفهوم البارانويا عند ابقراط ومعاصريه يقارب فهمنا المعاصر لمصطلح«مخبول او مجنون» او حالة التدهور العقلي.والمصطلح «بارانويا» مشتق من كلمتين هما «بارا Para» وتعني الى جانب و «نوز nous» وتعني «العقل» وبمعنى كلي «عقل الى جانب نفسه».وبعد توقف دام عشرين قرنا على استعمال هذا المصطلح بدأ العلماء باستعماله من جديد في القرن التاسع عشر اما كما هو واما بالاستعاضة عنه بمصطلح آخر يدلل على نفس المعنى.ومن المصطلحات البديلة التي استعملت هي: «فير كشايت Verkucktheit» الذي وضعه العالم الالماني هاين روث Heinroth عام ١٨١٨. ومصطلح «مونومانيا Monomania الذي وضعه الطبيب الفرنسي المشهور أسيكرول Esquirol عام ١٨٣٨ والذي قصد به حالة الاوهام التي لا يصاحبها نقص في التفكير المنطقي او الاضطراب في السلوك.وفي عام ١٨٦٣ وضع كاليوم Kahlbaum مصطلح البارانويا وحصر مفهوم المصطلح في الحالات المرضية العقلية التي يتوفر لصاحبها نظام من الاوهام ولكن بدون هلاوس،كما انه وصف حالات متوسطة الشدة من البارانويا والتي يعاني المريض فيها من حالة متزايدة ودائمية من الأوهام والهلاوس الثابتة وسماها «برافرينيا Paraphsenia»،وكان من رأي كالبوم ان هذه الحالات الوسطى لا تصل حد التدهور العقلي الذي يتصف به مرضي «الخرف المبكر» او الشيزوفرينيا كما يسمى الان. ومن بعد كاليوم تواتر استعمال المصطلح «بارانويا» من قبل اعلام الطب النفسي بما فيهم بلولر Bleuler وفرويد وكريتشمر،كما تعددت الاراء حول اسباب هذه الحالة واذا ما كانت جديرة بان تعتبر حيثية مرضية مفردة او انها مجرد نوع من انواع المرض الشيزوفريني او ان الحالة تبدأ ظاهريا وكأنها بارانويا ثم تنتهي بان يتدهور صاحبها الى حالة المرض الشيزوفريني.

خصائص البارانويا

تتوفر خصائص البارانويا وبدرجات مختلفة من الشدة في جميع الناس وبصرف النظر عن جنسهم وعرقهم ودينهم وثقافتهم ومحيطهم الحضاري والاجتماعي. ولهذا يمكن اعتبار بعض السمات البارانوية وبدرجة قليلة بانها من الخصائص الضرورية للشخصية الطبيعية، غير ان هذه السمات قد تزيد شدة عن الحدود الطبيعية المقبولة، وعندها تصبح الحالة حالة مرضية ويقتضي التعامل مع صاحبها على هذا الاساس. والعنصر الاساسي المشترك في جميع حالات البارانويا هو عنصر عدم الثقة بالاخرين وبالميل نحو التشكك في نواياهم. والحالات التي يتوفر فيها هذا العنصر الاساسي عديدة ويبدو ان الفرق بين حالة منها وحالة اشد هو فرق في درجة شدة هذه الظاهرة من التشكك، وليس فرقا في نوعية الأعراض. وطبقا لهذا المفهوم فان السمة البارانوية تظهر في عدد كبير من المجالات الطبيعية والمرضية ومن هذه: (١) الشخصية الطبيعية. (٢) الشخصية البارانوية. (٣) الاضطرابات البارانوية والتي تشمل (أ) البارانويا، (ب) البارانويا المشتركة، (ج) حالات البارانويا غير النموذجية. (٤) الشيزوفرينيا البارانوية. (٥) عارض البارانويا في امراض واضطرابات عقلية اخرى (الكآبة والمانيا، الامراض العقلية العضوية بما في ذلك الكبر وتصلب الشرايين والادمان على الكحول والعقاقير والاضطرابات الهرمونية وغيرها من الحالات العضوية التي يمكن لها ان تؤثر في الدماغ او في وظائفه).

الشخصية الطبيعية

الكثير من الناس يحملون سمات باراونية، غير ان هذه السمات هي في مستوى خفيف من الشدة ولا تؤثر على المظهر الاجمالي لصاحبها كفرد طبيعي. فمن الطبيعي ان يتشكك الفرد بنوايا واخلاص بعض الناس في محيطه، وان يحاذر اذى محتملا من جانب بعض الناس، وان يتجه احيانا الى تفسير بعض الحوادث وكأنه المستهدف منها. ومن الطبيعي ايضا ان يحاول الفرد انكار مسؤوليته عن بعض الأعمال وان يعمد بدلا من ذلك الى القائها على الغير سواء بالقول او الفكر كما ان الكثيرين من الناس يعتنقون معتقدات غير عقلانية ولا يمكن البرهان عليها منطقيا. وجميع هذه الظواهر تعرض في حياة غالبية الناس في ظرف او آخر وفي عمر او آخر وقد تراود الفرد احيانا او على فترات وقد تلازمه طوال حياته وبدون ان يشار اليه بانه مضطرب او شاذ او مريض وبدون ان يشعر هو او غيره بحاجته لاي تغيير او علاج.

الشخصية البارانوية (الشكاكة ـ الاضطهادية ـ الغيورة)

الشخصية البارانوية، هي من الانماط المتميزة والمتنوعة عن الشخصية الطبيعية الاعتيادية ومع ان صاحب هذه الشخصية لا يشخص بانه شخص طبيعي غير انه لا يشخص ايضا بانه مريض وينظر اليه عادة بانه يحمل من بعض خصائص الشخصية الاعتيادية ما يزيد درجة وبصورة ملحوظة عن غيره من الناس. وخصائص هذه الشخصية حالها حال خصائص الانماط الاخرى من الشخصية كالشخصية الانطوائية والشيزية والقلقة والهستيرية والتسلطية الالزامية تبدأ في الظهور في سن مبكرة من حياة الفرد غير ان لها ان تزداد وضوحا في دور معين من ادوار النمو او كرد فعل لحوادث وتجارب معينة في حياة الفرد. وهذه الخصائص تتوفر عادة كمجموعة مترابطة من الصفات. وهي تسم الفرد اما بصورة دائمية او على فترات. واهم الخصائص التي يتسم بها صاحب الشخصية البارانوية هي:

حالة طويلة المدى من عدم الثقة بالناس والتشكك بنواياهم.

الحساسية المفرطة والمحاذرة اليقظة لرصد وملاحظة الدلائل والحوادث التي تسند هذه الشكوك.

توقع الاذى او الخدعة من الغير،والتشكك في صدقهم واخلاصهم.

الاعتقاد بان تصرفات واقوال الغير تستهدفه بصورة ما.

التوجه نحو استخلاص المعاني الباطنية من الاقوال والافعال.

يرفضون اللوم،كما يرفضون قبول المسؤولية عن عمل قاموا به وهم عادة يحيلون المسؤولية على الآخرين.

المشاكسة واللجاجة بالشكوى وجمع المظالم والالتزام الاخلاقي والتعصب الديني.

حالة مزمنة من التوتر العضلي والعجز عن الاسترخاء.

هواية البحث عن الهوامش والتفاصيل وتفسير الظواهر.

بروز سمات الحسد والغيرة والبرودة العاطفية.

ان هذا النوع من الشخصية غير معروف درجة الانتشار بين الناس،غير ان هنالك ما يبرر الاعتقاد بانه اكثر وقوعا مما يبدوا في الظاهر خاصة لان معظم الذين يعانون من هذه الشخصية لا يشتكون من حالتهم ولا يقدمون على المعالجة كما انهم يحاذرون اظهار خصائصهم بالصورة او القدر التي تنوه بمعاناتهم: واكثر الحالات وضوحا من اصحاب هذه الشخصية هم من بعض اقارب المرضى بالشيزوفرينيا كما ان بعضهم يصاب بالمرض الشيزوفريني فيما بعد وهذا ما حمل البعض على اعتبار الشخصية البارانوية ضمن طيف الاضطراب الشيزوفريني وفي البحث عن اسباب هذه الحالة نجد نظرية فرويد التي تربط بين الميول الجنسية المثلية وبين البارانوية،كما نجد نظرية كولبى Colby بان الفرد يبدأ بالشعور بالنقص والعار، وهو يخشى الاذلال وهو لذلك يميل الى دفع هذا الشعور بلومه للآخرين. ومن النظريات الاخرى ان هذه الشخصية تنمو من طفل كان محط غضب لا عقلاني من احد والديه وبأن الطفل يتشبه بوالده وهو يعكس الغضب الذي كان موجها نحوه ويحط به على احد ما في محيطه. اما مصير صاحب هذه الشخصية فهو في معظم الأحيان، الاحتفاظ بهذه السمات طوال الحياة وبدرجات ثابته او متفاوته من الشدة والتي قد تتقرر بالظروف المحيطية وبالتجارب الذاتية وفي بعض الحالات قد تكون الحالة منبئة بالمرض الشيزوفريني، وهنالك حالات اخرى يبدو فيها بان شخصية الفرد قد نضجت وعندها تتحول هذه الخصائص الى التزام اخلاقي او مثالي في الحياة الانسانية.واهم ما يفرق صاحب هذه الشخصية عن الاضطراب البارانوي هو ان صاحب هذه الشخصية لا يعاني من اوهام ثابتة كما هو الحال في المريض باضطراب بارانوي ويفرق عن المريض بالبارانويا الشيزوفرينيا بخلوه من اي هلاوس ومن اي علائم من الاضطرابات في جوهر الفكر، وعلى العموم فان صاحب الشخصية البارانوية لا يسعى للعلاج، وليس في حاجة للعلاج ويشك في ان اية محاولة علاجية لها ان تنجح في تغيير معالم شخصيته،وكل ما يمكن عمله للتخفيف من مظاهر هذه الشخصية هو محاولة جعل الظروف المحيطة بالفرد اقل اثارة لتشككه وحسده وغيرته.

الاضطرابات البارانوية

تشمل هذه الاضطرابات مجموعة من الحالات التي تتميز عن بعضها البعض ببعض الخصائص وان كانت تشترك كلها في انها حالات مرضية وبأن المريض بأي حالة فيها يعاني من أوهام ثابته ذات طابع اضطهادي . والتي لا يتوفر ما يفسرها على اساس الحوادث والتجربة الفعلية كما لا يمكن تفسيرها على اساس وجود اي مرض عقلي آخر.والأوهام التي يعانيها المريض باضطراب بارانوي تتعلق عادة بموضوع محدد واحد واحيانا تتعلق بعدد من المواضيع المترابطة،ويمكن ان يكون موضوع الوهم موضوعاً مفردا وبسيطا كما يمكن ان يكون متعدداً ومقعداً الى درجة يصعب متابعتها . ومن الأوهام الاخرى التي كثيراً ما يعانيها المريض بهذا الاضطراب هي اوهام الغيرة والتي تشمل الحسد كما تشمل العلاقات العاطفية والزوجية،والأوهام التي يعانيها الفرد هي اوهام محددة وتعتمد بناء منطقيا منظما واستجابة المريض قولا او عاطفة او سلوكا تتلائم مع محتوى اوهامه.وما عدا هذه الأوهام والاستجابة لها فان شخصية المريض تبقى شخصية سليمة وان كان يمكن لها ان تتدهور قليلا مع مرور الزمن . والى جانب الخصائص الأساسية من اوهام الاضطهاد او الغيرة فإن المريض يعاني عادة من اعراض اخرى مرتبطة بها . ومن هذه الغضب ، والأفكار والأوهام المرجعية (من ان ما يحدث يتعلق بالمريض بصورة ما) . والعزلة الاجتماعية ، والانزواء ، وغرابة الأطوار ، والعدوانية التي قد تصل الى ممارسة العنف احيانا ، هذا ولا يعلم على وجه الدقة نسبة وقوع الاضطرابات البارانوية من بين الامراض العقلية بصورة عامة ، وهنالك تقديرات مختلفة تتراوح بين ١ , ٠ و٤ , ٠ في المئة في احدى الدراسات و١٢ في المئة في دراسة اخرى (في الدول الاسكندنافية والتي يتوسع فيها الاطباء في تشخيص الاضطراب البارانوي ، وتجمع معظم الدراسات الاحصائية على ان ما يزيد على النصف والى حد ثلاثة ارباع المرضى بهذا الاضطراب هم من الذكور ما عدى البارانويا في سن التحول حيث تبين بأن معظم المصابين هم من النساء .

وهنالك عدة اصناف من الاضطراب البارانوي ، وبالنظر للخصائص المميزة لكل منها، فانا نبين فيما يلي اهم هذه الاصناف وهي :

١ ـ البارانويا Paranoia

اهم خصائص هذه الحالة هي وجود الأوهام الثابتة والملازمة.وتتميز اوهام صاحب هذه الحالة بانها منظمة ومحددة.وهذا مما يسمح لباقي الشخصية من ان تظل سليمة ومما يمكن المريض من الاستمرار بالعمل وبالعلاقات الوظيفية والاجتماعية بصورة طبيعية وفي الكثير من الاحيان بكفاءة مرموقة.والبارونوي معتد بنفسه وبمقدرته الفائقة كما انه كثيرا ما يظهر شعور الاحتقار لمن يعارضه او لمن يُشكّك بآرائه وبمعتقداته،ثم ان عاطفته وسلوكه يتوافقان مع طبيعة الأوهام التي يحملها،وقد صنف احد الباحثين محتوى هذه الأوهام فوجد بان ٣٨ في المئة منها ينصب على الأوهام الزوجية (الخيانة الزوجية وعدم الاخلاص الخ) و ٣٥ في المئة يتألف من اوهام اضطهادية و١٠ في المئة من الأوهام المتعلقة بالظلم والعدالة .

وهنالك عدة انواع من البارانويا والتي يختلف بعضها عن بعض في طبيعة ومحتوى الوهم الذي يحمله المريض وهذه هي :

أ ـ البارانويا الاضطهادية

وهي أكثر أنواع البارانويا ظهورا،وهذه الحالة تتطور عادة من الشعور الطويل والعميق بعدم الثقة بالناس والتشكك في نواياهم وتوقع الاذى منهم. والمريض بهذا النوع من البارانويا يملك نزعة لانكار العدوانية في نفسه وهو يعزوها بدلا عنه الى شخص او جماعة اخرى ، ويتصرف على هذا الاساس وقد يقدم على اعمال اجرامية في محاولة منه لتلافي عدوان محتمل عليه ومتوهم فيه .

ب ـ البارانويا الاعتدادية (بارانويا العظمة ، او جنون العظمة)

تقع هذه الحالة بنسبة اقل من وقوع البارانوية الاضطهادية.والمريض بهذه الحالة يتخذ لنفسه هوية تناسب هذا الاعتداد وهو لذلك قد يدعي القوة والغنى والسيطرة والعلم والنبوة.ويفسر البعض هذا النوع من البارانويا بانه تعبير عن طاقة عظيمة ومكبوته من العدوانية والتي لا بد من تصريفها بصورة ما .

ويفسر آخرون هذه الحالة بانها تعبير عن نكوص الفرد الى الدور الطفولي النرجسي،وهو دور من الشعور بالقدرة المطلقة .

ج ـ البارانويا الشهوانية

الوهم السائد في هذه الحالة هو اعتقاد صاحبه بانه موضع حب او علاقة حب تربطه بشخص آخر من ذوي المكانة الاجتماعية المرموقة (ذكرا او انثى) وكثيرا مايتصرف حامل هذا الوهم بما يتوافق مع مضمون اوهامه فيحاول الاتصال بوسيلة او اخرى بمحط اوهامه. وتفسر هذه الحالة بانها انعكاس من الحب النرجسي (حب الفرد لذاته) وبان هدفها هو تخليص الفرد من الشعور بالنقص او الخوف من الاذى ويرى آخرون بانها مناورة نفسية دفاعية عن الدوافع الجنسية المثلية .

د ـ البارانويا الوسواسية

تسيطر على صاحب هذه الحالة عدة وساوس غامضة والتي يشكوهابشيء من التذمر والغضب، وهذه الأوهام الوسواسية تشمل الاحشاء واي جزء آخر من اجزاء الجسم.واي محاولة من الغير لتفنيد هذه الاوهام تقابل عادة بالمزيد من الانفعال والغضب.وتفسر هذه الحالة من بعض الباحثين على انها تعبير عن نكوص الفرد الى دور نرجس طفولي ، وهو الدور الذي يوظف فيه الفرد عاطفته في ذاته الجسمية .

هـ ـ البارانويا الزوجية

في هذه الحالة تتحدد اوهام الفرد بشريكه الزوجي (ذكرا أو انثى) وتبدأ الحالة عادة بنقد الزوج لشريكه ويتطور ذلك الى حالة من التشكك واخيرا الى حالة من الوهم الثابت بعدم الاخلاص وحتى بالخيانة الزوجية وقد يتصرف الفرد طبقا لهذه الأوهام .

و ـ البارانويا القضائية

صاحب هذه الحالة يتمسك بالاعتقاد بانه صاحب حق ، وبأن حقوقه قد تعرضت للتجاوز او السلب او حكم القضاء غير العادل وهو لذلك يندفع بعقيدته الواهمة الى محاولات متكررة ومتصاعدة من

اقامة الدعاوي لاحقاق العدل،ومع ان معظم هذه الحالات تنحصر في القضايا الحقوقية الشخصية الا ان بعض المرضى قد يتبنون اوهاما في قضايا تخص آخرين او الصالح العام .

٢ ـ الاضطرابات البارانوية المشتركة

هذا النوع من البارانويا يبدأ بشخص مصاب بحالة البارانويا ومن اي نوع من الأنواع التي سبق ذكرها وخاصة البارانويا الاضطهادية ، وابتداء من هذا المريض وبفعل اتصاله وتأثيره الايحائي على شخص آخر فان هذا الاخير يعتنق الاوهام التي يحملها.والمريض الأول في هذا المرض المشترك هو الشخص المسيطر وأوهامه ثابتة.اما الثاني فهو تابع او مسيطر عليه واوهامه غير ثابتة وهي نزول عادة بابتعاد الاثنين عن بعضهما لمدة من الزمن تكفي لزوال الفعل الايحائي من الشخص المسيطر على الشخص التابع وتسمى هذه الحالات في مجال الطب بـ «Folie» وهي حالات نادرة جدا وهنالك حالات تحددت فيها المشاركة بشخصين فقط ، وتسمى تبعا لذلك بحالات Folie A Deux او «الجنون الثنائي» والحالات التي تشمل ثلاثة اشخاص Folie A Trois او الجنون الثلاثي وهكذا. وقد وصف المؤلف حالة تشمل خمسة اشخاص وسماها Folie A Cinq او الجنون الخماسي وهي الحالة الوحيدة في تاريخ الطب حتى الان .

٣ ـ الاضطرابات البارانوية الحادة

في هذه الحالة تبدأ اوهام الفرد بسرعة وعلى خلفية طبيعية اجمالا غير انها تميل الى الزوال خلال ستة اشهر من ابتدائها . واكثر ما تحدث هذه الحالة في الافراد المهاجرين من بلد الى آخر والتي يشعر الفرد فيها بالغربة ، ويعرضه للانتقاد والاذلال والاحتقار والتجريح . والفئة الاخرى التي تكثر فيها هذه الحالات هي فئة المساجين خاصة المحكومين منهم بمدد طويلة وفي ظروف عزلة شديدة .

٤ ـ الاضطرابات البارانوية غير النموذجية

تشمل هذه الاضطرابات الحالات التي لم تستوفِ المواصفات الاساسية للبارانويا اضافة الى أنها تحدث بصورة حادة ومفاجئة ومن هذه الحالات :

أ ـ أموك Amok : وهي حالة نادرة تحدث في بلدان جنوبي شرقي اسيا وفي بعض بلدان افريقيا،والذي يعاني من هذه الحالة يداعب اوهاما بارانوية ويندفع بسببها في سورة من الغضب قد تؤدي الى قتل من يقع في طريقه.وفي الحالات التي امكن فيها القبض على المصاب تبين اصابته بالنسيان التام لما حدث .

ب ـ الفودو Voodoo : تقع الحالة احيانا في استراليا وفي امريكا الجنوبية وفيها يشعر المصاب بان لعنة قد وقعت عليه وبانه سيموت بسببها وهذا الشعور يؤدي الى زيادة في الافرازات الهرمونية وخاصة الأدرنلين مما يؤدي تدريجيا الى نحول واجهاد المريض وموته .

ج ـ حالة بورتوريكو Puerto Rico : تقع الحالة كما يتضح من الاسم في بورتوريكو والمصاب بالحالة يعاني من اوهام بارانوية وخاصة ما يتعلق منها بالاخلاص في العلاقات الزوجية او العاطفية وهذه الأوهام تدفع الفرد الى القيام باعمال عنف وايذاء للغير او حتى على الذات .

٥ ـ حالات بارانوية اخرى:

تظهر الأعراض البارانوية في عدد غير قليل من الحالات المرضية ولذلك يقتضي التفريق بين البارانويا الخالصة وبين البارانويا كعارض مرضي من حالات مرضية اخرى. ومن اهم الحالات المرضية التي قد تظهر فيها الأعراض البارانوية هي:

(١) الشيزوفرينيا، وخاصة ما يسمى بالشيزوفرينيا البارانوية.
(٢) في حالة الكآبة.
(٣) في حالة المانيا.
(٤) في بعض الحالات العقلية المسببة عن آفات عضوية.

والقاعدة الاساسية في تفريق البارانويا عن كل حالة من هذه الحالات المرضية تعتمد على ما يلي:

اولاً: وجود الأوهام الاضطهادية واوهام الغيرة لمدة طويلة من الزمن مع احتفاظ المريض بسلامة الجزء الاكبر من شخصيته.

ثانيا: عدم وجود اية اعراض مرضية اخرى تكفي لتشخيص حالة عقلية اخرى فالمريض لا يشكو كالشيزوفريني من اوهام السيطرة عليه او الأوهام العشوائية او غيرها من الأعراض التي تكفي لتشخيص الشيزوفرينيا،والمريض البارانوي لا يشكو من اوهام العظمة التي يشكوا منها المصاب بالمانيا واذا ظهرت عليه فلا يصاحبها اي اختلاف في المزاج كالذي يظهر في حالات المانيا (نشوة المزاج، مع الحركة الدائبة) وتفرق الحالة عن الكآبة في ان مزاج البارانوي غير كئيب بالضرورة كما انه لا يعاني مما قد يعاني منه الكئيب من الشعور بالألم والأوهام الجسمية والرغبة في الموت وغيرها من الأعراض الكآبية.وعن الأمراض العقلية العضوية تفرق البارانويا في ان المريض لا يعاني من نقص في الذاكرة او العطل في عمليات التفكير كالحكمة والادراك والمعرفة والتي يعاني المريض العقلي العضوي منها اضافة الى امكانية العثور على السبب العضوي ومن الحالات العضوية العقلية التي قد تصاحبها اوهام اضطهادية:

(١) حالات الخرف
(٢) حالات تصلب الشرايين
(٣) حالات العطب الدماغي التالية للشدة على الرأس او الافات الدماغية كالأورام والنزيف الخ.
(٤) حالات التسمم الناجمة عن تناول العقاقير مثل الكحول والديكسدرين والمواد المهلوسة.
(٥) الامراض الهرمونية الناجمة عن اصابة الغدد الصماء وخاصة الغدة الدرقية والغدة النخامية.
(٦) الحالات البارانوية التي يمكن ان تحدث عقب الولادة،او الحمى النفاسية او بعد اجراء العمليات الجراحية.
(٧) الحالات البارانوية التي قد تنشأ في بعض الأفراد المصابين بالصمم او فقدان البصر.
(٨) الأعراض البارانوية التي يمكن ان تنشأ في حالات مرضية اخرى مثل فقر الدم الخبيث، والملاريا الدماغية، والتسمم بالرصاص، وتسمم الكلى «يوريميا» وغيرها من الحالات.

مصير الحالات البارانوية

هنالك كما بينا في مقدمة هذا الفصل من يعتبر البارانويا حالة مرضية لها مقوماتها الخاصة وحيثيتها المتميزة،وهنالك على العكس من لا ينظر اليها على هذا النحو، ومن يرى بان الأوهام البارانوية هي مجرد عارض مرضي له ان يظهر في حالات عديدة من الاضطراب العقلي وهذا لا يستدعي تشخيصه كحالة محددة وانما يقتضي تشخيصه في نطاق الحالة المرضية التي يظهر فيها . ومن نتائج هذا التباين في الرأي فإن اصحاب الرأي الأول يتسامحون في تشخيص البارانويا والى حد تشخيصها فيما لا يقل عن عشرة في المئة من الحالات المرضية العقلية كلها،بينما اصحاب الرأي الثاني فانهم يتزمتون في هذا التشخيص، والى حد تشخيصها فيما لا يزيد على ما بين ١ الى ٤ في الألف من مجموع الحالات المرضية العقلية.وبعضهم (وخاصة في انجلترا) يزيدون من هذا التزمت ويعتبرون «البارانويا الصافية» نادرة والى الحد الذي لا يستوجب افراد حيثية مرضية خاصة بها وفي رأيهم ان متابعة هذه الحالات لمدة طويلة من الزمن يمكن ان يظهر بأنهم آلوا الى حالة المرض الشيزوفريني،ويمثل هذا التباين في الاراء فان من الصعب البحث في موضوع مصير الحالات البارانوية،ومما يزيد من هذه الصعوبة هو ان الحالات البارانوية المختلفة تتفاوت في شدتها وفي تأثيرها على الفرد وعلاقاته بالمجتمع ثم ان الكثير منها يظل خافيا عن الغير كما ان الكثيرين من المرضى لا يسعون الى العلاج، ولهذا يتعذر رصد مسيرة مرضهم ومصير هذا المرض، وقد قام الباحثون بعدة دراسات لرصد مصير الحالات البارانوية وجاؤا بنتائج متباينة،ولعل من اهم هذه الدراسات واكثرها دلالة على مصير البارانويا هي الدراسة التي قام بها روزنتال (١٩٧٠) على ٣٠١ مريض ممن اظهروا اعراضا بارانوية لمدة تتراوح بين ٢ الى ١٨ سنة وبمتابعة هؤلاء المرضى استطاع تصنيفهم الى عدة اصناف فوضع ٢٧٦ منهم (اي حوالي ٦٩ في المئة) في صنف الحالات البارانوية و ٨٤ منهم (٢٧ في المئة) ضمن المرض الشيزوفريني و ٧ منهم (٢ في المئة تقريبا) ضمن المرض العقلي العضوي والباقون وهم اثنان فقط (واحد في المئة تقريبا) ضمن الاضطراب العقلي الكحولي،وبنتيجة المتابعة الطويلة وجد روزنتال بان ثلاثة ارباع الفئة الاولى (الحالات البارانوية) قد شفوا بينما لم يشف من اصحاب الفئة الثانية (الشيزوفرينيا البارانوية) الا اقل من ربعهم فقط. ومن نتائج دراسة روزنتال ما لاحظه من ان توفر العناصر التالية له ان يعطي تشوفاً لمصير افضل للمصابين بهذه الحالة وهذه العناصر هي : ان يكون المصاب انثى ومتزوج وظهور الحالة قبل سن الثلاثين وحدوث الحالة بصورة حادة ووجود الحالة قبل المعالجة بمدة لا تتجاوز الستة اشهر اضافة الى وجود عامل او تجربة مرسبة لقيام الحالة .

القسم السادس

تشخيص الشيزوفرينيا

مشكلة التشخيص .

الأطراف المشاركة في عملية التشخيص .

المريض ، المجتمع ، الطب .

التباين في التشخيص .

تطور عملية التشخيص .

التشخيص قديما ، مواصفات كربلاين التشخيصية ، مواصفات بلولر التشخيصية .

القواعد التشخيصية الحديثة للشيزوفرينيا .

١) على أساس اعراض شنايدر

٢) فحص الحالة الحاضرة .

٣) مقياس المرضى الداخليين متعدد الابعاد .

٤) الجدول التشخيصي الامريكي الثالث .

٥) مواصفات البحث التشخيصي .

٦) الدراسة الأولية الاستطلاعية للشيزوفرينيا .

٧) التشخيص المختبري :

أ ـ الاختبارات النفسية ، ب ـ البينات المختبرية .

التشخيص المقارن للشيزوفرينيا :

التعريف عن الامراض النفسية ، التعريف عن الامراض المزاجية ، التعريف عن الامراض العقلية العضوية .

تشخيص المرض في الصغار والمراهقين .

محاذير التشخيص .

الخلاصة

ان تشخيص اصابة اي مريض بأنه مريض شيزوفريني ، يمثل حدثا بالغ الاهمية والخطورة وله ابعاد واسعة المدى والاثر في حياة الفرد المريض وعائلته والمجتمع بشكل عام ، إذ قل هنالك من الأمراض والعلل ما يزيد على ما للشيزوفرينيا من آثار ونتائج . فبالنسبة للفرد ، فان وسمه بالشيزوفرينيا قد يعني في الكثير من الحالات ما يساوي الحكم المؤبد عليه بمعاناة مبهمة وهجرة اجبارية للعقل ، كما يعني ايضا انكسارا للأمل بمستقبل مجدٍ وفعال . وبالنسبة للعائلة ، فان التشخيص يحمل نبأً ا سيئا لا يعني فقط امكانية انتهاء الآمال المعقودعليها مستقبل احد افراد العائلة ممن هم عادة في مقتبل العمر والشباب ، وانما يعني ايضا تحمل العبء المادي والنفسي واللذين تفرضهما ضرورة رعاية المريض وعلاجه ولربما لسنوات طويلة قد تمتد حتى نهاية العمر ، والتي قد تشمل في كثير من الاحيان ضرورة الرعاية لمن يعتمد على المريض من عائلة واولاد . وبالنسبة للمجتمع ، فان قيام كل حالة شيزوفرينية يؤدي الى مضاعفات صحية واجتماعية واقتصادية وربما قانونية ، وهي مضاعفات قد تفوق في حياة المريض الشيزوفريني ما هو معروف من المضاعفات في أي مرض آخر .

ان الاهمية والخطورة التي تكمن في تشخيص المرض الشيزوفريني تجعل من الضروري موازاتها بالتزام اكبر قدر ممكنمن الدقةوالحذر في تشخيص المرض في أي مريض كان . فالخطأ والاستعجال في التشخيص قد يؤدي الى قيام اثار نفسية مستديمة في حياة الفرد حتى بعد الشفاء ، وفي ذهن عائلته ومعارفه ، ويمكن ان يؤثر بصورة جذرية في المسيرة الدراسية للفرد ، وفي حظه بالتأهيلفي العمل ، وفي امر زواجه ، وفي تمتعه بحقوقه الشخصية ، الى غير ذلك من الاعتبارات التي لا بد ان تلتصق ، ولو بقدر ما ، بأي فرد شخّص ولو خطأ بأنه مصاب بالمرض الشيزوفريني ، وبسبب هذه المحاذير ، فقد بات من الأوفق ان يقع الطبيب في خطأ عدم تشخيص المرض بانه شيزوفريني ، من ان يسارع في تشخيص حالته بأنها شيزوفرينية ، فالخطأ في التشخيص قد لا يعني اي تغيير جذري في اسلوب العلاج بينما الاستعجال في التشخيص قد يؤدي الى اعتبارات ومردودات سلبية وخطيرة ليس من السهل التراجع عنها او تلافي نتائجها

مشكلة التشخيص للمرض :

يمثل مرض الشيزوفرينيا مشكلة تشخيصية عظيمة في المجال الطبي . وهذه المشكلة هي اشبه ما

يكون بمحاولة الجمع بين السهل والممتنع من الأمور في آن واحد. فتشخيص المرض قد يبدو سهلا في الكثير من الحالات ويمكن الوصول اليه في دقائق معدودات، غير أنه في حالات اخرى قد يكون صعبا ومتعذرا ويحتاج الى زمن طويل للوصول اليه، والتأكد من التشخيص في الحالتين قد يتطلب من تطبيق القواعد التشخيصية ما لم يتمكن الطب حتى الان من توفيره. فالمرض الشيزوفريني ما زال مبهما في اسبابه، كما انه ما زال واسع المدار في صفاته وخصائصه واعراضه وصو ره، وليس هنالك من وسيلة اختبارية او قياسية تقيم الدليل القاطع على وجوده، كما هو الحال في امراض تشخص مختبريا كالتدرن والسفلس والسرطان والملاريا وامراض اخرى غيرها او كتلك التي تشخص قياسيا كالتخلف العقلي او سريريا كالصرع. وما لم يتوصل العلم الى تحديد دقيق للحالات التي يشملها مصطلح الشيزوفرينيا، وما لم نتوصل الى فهم السبب او الاسباب المؤدية لقيام المرض في حد ذاته، وما لم نتوصل الى اثبات وجود دلالات مختبرية يتواتر ظهورها في كل مريض شيزوفريني، فان تشخيص المرض سيظل مشكلة طبية، وسيظل الاطباء من العوامل المساعدة على تواصلها

الاطراف المشاركة في تشخيص الشيزوفرينيا :

ان الاطراف المعنية والمشاركة في عملية تشخيص المرض ثلاثة وهي المريض نفسه، ومجتمعه الذي يعيش ويعمل ويتعامل معه، والطبيب في المطاف الاخير. ومساهمة المريض في عملية التشخيص لمرضه لا تحدث الا في القلة من الحالات، ذلك ان المرض على الغالب، ومنذ ادواره الاولى، يسلب المريض البصيرة في نفسه، والمقدرة على تأمل ذاته تأملا موضوعيا ومن زاوية عقلانية، فالمرض يصدع ويفصم مرآة النفس، والمريض لذلك لا يستطيع رؤية نفسه الا من خلال هذه المرآة المتصدعة، والتي يحسبها انها صورته هو كما هو على طبيعته. والطرف الثاني والاهم والاكثر فعالية في عملية التشخيص، هو مجتمع المريض في العائلة والدراسة والعمل والعلاقات الشخصية والعامة. والمجتمع على العموم حساس وملاحظ ومدرك لما يخرج عن حدود المألوف من تصرفات او سلوك، وهو سريع لتشخيص الحالات التي تخرج عن هذه الحدود، اما لماما او بشكل متواصل. والمجتمع سريع ايضا الى تشخيص مثل هذه الحالات على انها تعبير عن اضطراب في العقل، خاصة اذا ما صاحب التبدل في السلوك افضاء المريض ببعض ما هو غير معقول من الأفكار والتصورات والاحاسيس. ومع ان المجتمع يشخص مثل هذه الحالات بأنها مرض عقلي بصورة عامة، الا ان هنالك من البوادر التي تفيد بأن فئة غير قليلة من المجتمع المعاصر اصبحت ذات ثقافة طبية عقلية ونفسية تكفي لتشخيص المريض بأنه يعاني من (الشيزوفرينيا) او ما يرادف ذلك من الالفاظ المتداولة على السنة العامة مثل: (الفصام او (انقسام الشخصية).وسواء شخص المجتمع مثل هذه الحالات العقلية بانها شيزوفرينية بالاسم اولا، فان المجتمع يظل هو المصدر الاساس لعملية التشخيص، لا لانه واكب تطور الحالة المرضية منذ بدايتها فحسب، وانما ايضا لانه اول من يدرك حاجة المريض للاستشارة الطبية والعلاج، وبدون مثل هذا الادراك من قبل المجتمع المتماس مع المريض، فان من المتعذر على الطبيب ممارسة دوره الاخير في عملية التشخيص.

والدور الأخير والفاصل في عملية التشخيص هو دور الطبيب المختص، وهذا الدور كما هو واضح عتمد على دور كل من المريض والمجتمع في عملية التشخيص. ومن المفارقات العظيمة والجديرة

بالتحليل، هو ان أهم الامراض العقلية واكثرها خطورة، وهو مرض الشيزوفرينيا، يشخص عادة من قبل الطبيب باسلوب يكاد يكون الهاميا وبسرعة فائقة لا تتجاوز الثلاث او الخمس دقائق من المقابلة الطبية وبدون الاستناد الى حيثيات تشخيصية محددة كما هو الحال في الأمراض الجسمية. ومن المفارقات الأخرى هي مدى التوافق بين طبيب واخر في تشخيص الحالة بأنها شيزوفرينيا، خاصة اذا كان المرض قد تبلور في المريض، ومدى التوافق ايضا بين تشخيص الطبيب السريع في البداية والتشخيص النهائي بعد فترة طويلة من الملاحظة والعلاج ورصد مسيرة المرض. وهذه المقارنات كلها تعطي المبرر لقيام الاعتقاد بأن مرض الشيزوفرينيا حالة يحس بها الطبيب بأسرع مما يستطيع ادراكه عن طريق الامعان والتوثيق للاعراض العقلية والعاطفية والسلوكية العديدة التي يعانيها المريض او تظهر عليه.

١) تشخيص المريض لمرضه:

لما كان المريض في ذاته جسميا ونفسيا وعقليا هو محط الاضطراب والابتعاد عن الصحة، فقد بات من المنطقي ان نفترض بأنه اول من يتحسس بالتغيير والاختلاف في هذه النواحي، غير ان مدى ادراكه لهذا التغيير ومعناه يتحدد بمقدرته على الفهم والادراك وهي مقدرة محدودة في الصغار والمتخلفين عقليا. وفي حالات الجهل ونقص الثقافة، وفي بعض الحالات المرضية والنفسية والعقلية التي تفقد الفرد المقدرة على البصيرة والادراك الطبيعي.

ان هنالك اعتقادا يكاد يكون عاما وبديهيا بأن المريض عقليا بما في ذلك المريض بالشيزوفرينيا هو انسان فاقد البصيرة، لا يدرك بأنه مريض، والواقع يؤيد هذا الاعتقاد الى حد بعيد، فهنالك نقص في بصيرة المريض وادراكه بأنه مريض، وهو لذلك لا يسعى للمراجعة الطبية ويتصرف وكانه لا يعاني من المرض، غير ان هذه الدرجة في نقص البصيرة لا تكون تامة في جميع المصابين بمرض الشيزوفرينيا، ثم انها في الكثيرين من المرض لا تصل حدودها الكاملة الا بصورة تدريجية عبر فترة طويلة من مسيرة الزمن، ويستثنى من ذلك بصورة خاصة الحالات الشيزوفرينية الحادة التي تظهر بسرعة خاطفة وبدون مقدمات والتي يعاني فيها المريض من نقص عظيم في بصيرته وادراكه لحالته المرضية. وهكذا فان مقدرة المريض على المساهمة في تشخيص انه مريض هي مقدرة متفاوتة وتعتمد بالضرورة على مدى بصيرة المريض وتامله لذاته. ان الغالبية العظمى من المرضى المصابين بمرض الشيزوفرينيا يتوجهون الى الاطباء او يصاحبهم ذوو امرهم للاستشارة الطبية، غير ان النظر في التاريخ المرضي لبعضهم يبين بأنهم في دور سابق من ادوار حياتهم اما انهم اشتكوا من علة او عارض مرضي، او انهم راجعوا الاطباء بمفردهم وبرغبتهم وبارادتهم طلبا للعلاج، وهنالك بعض المرضى الذين فقدوا البصيرة بمرضهم، ومع ذلك فانهم يقومون بمفردهم وبرغبتهم بمراجعة الاطباء طلبا للعلاج، وعلى العموم فان شكوى هؤلاء المرضية قد تكون ثانوية ولا تتناول الأعراض الاساسية المميزة للمرض. وهنالك من المرضى ممن يراجعون الاطباء لشعورهم بأنهم اصبحوا على عتبة فقدان السيطرة على ادراكهم الطبيعي، غير ان هنالك الكثيرين من المرضى الذين يبدأ مرضهم ضمن مجال الاضطراب النفسي ويراجعون الأطباء بسبب ذلك، ثم ينقطعون فجأة عندما يتحول اضطرابهم النفسي الى اضطراب عقلي، والواضح هو ان المريض لا يدرك بأنه وصل الى نقطة التحول، ولهذا فان مساهمته في تشخيص اصابته بالمرض الشيزوفريني تظل معدومة او ناقصة على اقل تقدير.

ان هنالك بعض المرضى ممن يتأملون بعض اعـراضهم المرضيـة مثل الهـلاوس والاوهام عنـد صحوتهم من هذه الاعراض ، وادراكهم لهذه الاغراض وغرابتها عليهم قد يدفعهم الى السعي للاستشارة الطبية ، ونحن اذا اخذنا جميع هذه الملاحظات بعين الاعتبار فاننا نجد بأن المساهمة التشخيصية لمريض الشيزوفرينيا لمرضه هي اقل ما تكون من بين الامراض النفسية والعقلية والجسمية ، ليس فقط من حيث ان مرضه هو مرض شيزوفريني ، وانما من حيث انه مرض على الاطلاق ، ولهذا فليس لنا ان نعتمد على راي المريض في مرضه كاساس تشخيصي .

٢) **تشخيص المجتمع للمرض:**

يكون المجتمع ، وخاصة اولئك الذين هم على تماس مع المريض ، العنصر المباشر والهام في عملية تشخيص المرض . والواقع هو ان المجتمع بحدوده المختلفة من اولياء امر وعائلة ومراكز دراسة او عمل ، يكون المصدر الاكبر للحالات المرضية التي تعرض للتشخيص والعلاج ، وبدون هذا المصدر ومبادرته ، فان حالات المرض العقلي لا يتيسر لها الوصول الى انتباه الاطباء . والمجتمع كما اوضحنا في مقدمة هذا الفصل سريع الى اكتشاف النشاز في سلوك الفرد وتصرفاته عما هو مألوف في المجتمع ، وما هو معروف من الحالات الطبيعية المعتادة للفرد ذاته ، والمجتمع يستعمل عدة مصطلحات مترادفة للتدليل على التغير في الـطبيعـة العقليـة للفـرد ومن هـذه القـول ان الفـرد: (غير طبيعي) و (فـاقـد) و (مسـودن) و(مخربط) و (مخبل)، و (مجنون) ، وفي حالات قليلة يكون المصطلح اكثر دقة وذلك بوصف المريض بأنه مصاب بمرض عقلي ، او انه مصاب بالشيزوفرينيا ، او الفصام ، او انقسام الشخصية ، او بـاستعمال المصـطلح (تعدد الشخصيـة)، وهذا المصـطلح الاخير ينـطبق على المـرض الهستيري لا عـلى مرض الشيزوفرينيا . ومع سرعة الناس ، وخاصة العائلة ، في ملاحظة التغيير في الفرد ، الا ان ذلك قد يأتي بصورة تدريجية وبطيئة جدا ، مع ما يصاحب ذلك من تعود تدريجي للعائلة على هذا التغيير في المريض مما يمنع بالتالي ملاحظتهم له وادراكهم لمعناه.ثم ان العائلة في بعض الحالات ، تحاول انكار هذا التغيير،وذلك نتيجة لعملية نفسية تنبع من الخوف على المريض من ناحية ، وحماية لنفسها من وجود الحالة المرضية ضمن نطاق العائلة من ناحية اخرى . وهذه العملية من الانكار هي في معظمها عملية غير واعية وتلقائية . وهنالك بطبيعة الحال الحالات المرضية التي تنشأ في جو عائلي مضطرب اساسا في حياته العقلية ، مما يجعل الاعراض المرضية التي تظهر على المريض مقبولة ، وطبيعية في المجال العائلي ، او انها ترد الى غير ما هي عليه من الدلالات المرضية . وهنالك الحالات التي تبطىء فيها العائلة في التشخيص ، اما بسبب جهل العائلة بشكل عام، وإما بالنواحي الخاصة بالمريض . ومع جميع هذه التحديدات لتشخيص المرض في وقت مبكر ، الا ان العائلة تظل على العموم المصدر الأول والهام في عملية التشخيص ، وحكمها على الحالة العقلية للمريض لا يبتعد كثيرا في جوهره عن حكم الطبيب المختص باستثناء ما اختص به الطبيب من لغة تعبيرية خاصة في وصف الحالة المرضية واعراضها .

٣) **التشخيص الطبي للمرض:**

تشخيص الطبيب هو الدور الأخير في العملية التشخيصية والتي تمـر بالمـريض والمجتمع اولا .

والأسلوب التقليدي في التشخيص الطبي يعتمد اساسين : الأول ما يفضى به أحد افراد العائلة المصاحب للمريض من معلومات عن الحالة المرضية الحالية والأعراض التي لوحظت على المريض ، والأساس الثاني هو مقابلة المريض مواجهة والانطباع الذي يحدثه ذلك في ذهن الطبيب بسبب سلوكه وهيئته وردود فعله واجاباته لما يطرح عليه من اسئلة الى غير ذلك مما يمكن ان يظهر من اعراض اثناء المقابلة . وقد يبدو ان هذه العملية التشخيصية هي عملة طويلة ومعقدة وتستغرق زمنا طويلا ، غير ان الواقع هو عكس ذلك ، فقد افادت الابحاث الاستطلاعية بأن معظم الأطباء يتوصلون الى تشخيص مرض الشيزوفرينيا في الدقائق الخمس الأولى ، او حتى في الدقائق الثلاث الأولى من مقابلتهم للمريض المصاب . ففي احدى التجارب في معهد الأمراض العقلية في لندن عرضت مجموعة كبيرة من المرضى على الأطباء المختصين كل واحد منهم لمدة خمس دقائق تم خلالها تحدث المريض عن نفسه وبدون اي محاولة للاستقصاء من الأطباء .
وقد تبين بنتيجة الاختبار بأن الأطباء اتفقوا على تشخيص الحالة بأنها شيزوفرينية في ٧٧ في المئة من الحالات. وبمقارنة هذا التشخيص الأولي مع التشخيص النهائي للمريض بعد الملاحظة والعلاج في المستشفى تبين وجود توافق بين التشخيصين الأولي والنهائي بمقدار ٦٠ في المئة ، وهي نسبة عالية ايضا من التوافق . ومما تجدر الاشارة اليه هو ان نسبة التوافق في التشخيص بين الأطباء وفي ادوار المرض المختلفة عالية ايضا حتى في الحالات التي تقتصر فيها المقابلة الأولى للمريض على زمن ثلاث دقائق فقط . ومن التجارب التي اجريت هي مقارنة نتائج تشخيص المرضى بطرق مختلفة من مقابلة مباشرة ، او مقابلة مسجلة على الفيديو او عن طريق تسجيل صوتي او عن طريق بيان خطي للشكوى والأعراض المرضية .
وقد تبين من هذه التجارب ان سماع صوت المريض فقط يؤدي الى تشخيص ادق للاصابة بالمرض من المقابلة المباشرة او التسجيل للصورة والصوت معا (الفيديو) . ويفسر ذلك على ان سماع الطبيب للصوت فقط ، يتلافى شرود الذهن الذي يحدث احيانا عند المشاهدة . كما ان الاكتفاء بالسجل المكتوب للمقابلة بدون مقابلة مباشرة او بدون صورة او صوت كان افضل الطرق التشخيصية لأنه سمح للطبيب بالامعان في الاعراض الواردة ومعاودة قراءتها وبدون انقطاع التركيز وذلك بسبب شرود الذهن الذي يحدث عادة عند المقابلة او رؤية الصورة او الصوت معا .

ان الدراسات والتجارب التي سبق ذكرها تؤكد الاعتقاد بأن الأسلوب الطبي التقليدي في تشخيص المرض الشيزوفريني يفي بالغرض الى حد بعيد بالرغم من افتقاره للاسناد العلمي وبسبب السرعة الهائلة في التوصل اليه ، وهذا الواقع لا بد أن يثيره السؤال عن الكيفية التي يتوصل فيها الطبيب الى مثل هذه النتيجة السريعة والصادقة الى حد بعيد ، والتي تتوافق عادة مع التشخيص النهائي بعد فترة طويلة من الملاحظة والدراسة والعلاج . والرأي السائد في تعليل هذه المظاهر ، هو ان ذلك يأتي بسبب شعور حد سي من الطبيب وبما يقارب الألهام ، بأن الحالة المرضية هي حالة شيزوفرينية ، وهو شعور يتجاوز اي اجراء تشخيصي مهما كان مطولا ودقيقا . ويرى اصحاب هذا الرأي بأن الطبيب يتوصل الى هذا التشخيص الحدسي او الالهامي كنتيجة تلقائية لشعوره السريع بأنه عاجز عن فهم المريض والتعاطف معه . فالطبيب لا يستطيع ابدا فهم تجربة المريض او المشاركة فيها ، كما انه لا يجد مثيلاً لها في تجربته الخاصة او تجارب الناس الاعتيادية . اما المصدر الثاني ، فيأتي بسبب عجز الطبيب عن الدخول في عملية تعاطف متبادل مع المريض ، فهو لا يستطيع اقامة الصلة بينه وبين المريض ، كما يشعر بأنه عاجز أيضا عن التحسس بأي

تجاوب مع المريض ، او شحذ أي عاطفة نحوه ، وهو الأمر الذي يختلف كثيرا عن موقف الطبيب وعاطفته في حالات مرضية اخرى من جسمية أو نفسية او عقلية . وبعد ان يتوصل الطبيب بهذه السرعة شبه الالهامية لتشخيص المريض بأنه مصاب بالمرض الشيزوفريني ، تبدأ عملية اخرى من التشخيص لا سناد وتبرير التشخيص الأولي ، ونتائج هذه العملية مماثلة للتشخيص الأولي ، لأن هدفها هو تأييد هذا التشخيص . والأعراض الهامة التي يبحث عنها الطبيب في عملية الاسناد التشخيصي هذه هي :

(أولا) اضطراب الفكر ، والذي يظهر على شكل نقص في الربط الفكري ، فالأفكار مبعثرة وغير معقولة وغير مرتبطة ولا سياق فيها . (ثانيا) النقص في بصيرة المريض ، فهو لا يشعر بحقيقة مرضه ، فهو اما لا يشعر بأنه مريض مطلقا ، او أنه لا يدرك بأنه مريض في المجال الذي هو مريض فيه ، وتتعذر لذلك استجابته للدخول في عملية منطقية من الاستبصار في امر مرضه . (ثالثا) الاضطراب في ارادته ، فهو يبدو غير قادر على ممارسة ارادته الطبيعية في السيطرة على افكاره وافعاله وعاطفته ، ويبدو واضحا وكأن جميع هذه الفعاليات تصدر عن ارادة غير طبيعية وخارجة عن ارادة المريض . (رابعا) ظهور الأوهام والخيالات التي يصدق بها ويتعامل معها وكأنها من واقع عالمه ، وهو على العموم لا يشك بأنها واقعية . (خامسا) وأخيراً ، فان الجمود العاطفي او الضحالة العاطفية قد تكون مظهرا بارزا في الحالة المرضية ، واذا بدا هنالك من رد فعل عاطفي ، فهو لا يتناسب مع ما يثيره نوعا او كما ، وقد لا يرتبط بأي شيء ظاهر ، وقد يأتي على عكس ما يقتضيه الفكر او الموقف القائم ، وقد يتقدم او يتأخر كثيرا عن زمنه .

ان هذه الأعراض الخمسة هي ما يبحث عنه الطبيب عادة لا سناد تشخيصه الأولي لمرض الشيزوفرينيا . ولعل هذه الأعراض والصورة الكلية التي تكونت ، تمثل الخلفية الثقافية والشعورية التي يحملها الطبيب عن المريض ، وهي الخلفية التي تؤهله للتوصل بصورة تلقائية وكلية تشبه العملية (الجستالتية) من الشعور بأن المريض يعاني من مرض الشيزوفرينيا . والأطباء بالرغم من انهم يتمتعون بهذه المقدرة الالهامية ، وبالرغم من توفر الأسس الأكاديمية في ثقافتهم الطبية ، والتي يمكن ان تمكنهم من تشخيص المرض الشيزوفريني بدرجة كبيرة من الدقة ، الا ان جميع الأطباء ، بمن فيهم المختصون في الامراض العقلية والنفسية ، لا يملكون المقدرة الالهامية بنفس الدرجة ، كما ان خلفيتهم من الثقافة الطبية تختلف ولو الى درجة ما في الأسس التي يعتمدونها في تشخيص المرض . وعلى سبيل المثال فإن الحالة المرضية اذا شخصت بأنها مرض شيزوفريني من الطبيب المختص في انجلترا ، فإن معظم المختصين (اكثر من ٧٠ في المئة) يتفقون مع هذا التشخيص بصورة مستقلة ومنفردة . ويفسر ذلك على أنه يأتي بنتيجة الخلفية الدراسية والتدريبية المتماثلة للاطباء في انجلترا ، بينما نسبة التوافق في التشخيص بين الأطباء في امريكا هي اقل من ذلك بكثير ، وذلك بسبب الاختلاف في الخلفية الدراسية والتدريبية للاطباء بين ولاية واخرى في امريكا .

ان مما يؤثر في العملية التشخيصية للمريض هو درجة تأهب الطبيب لتشخيص المرض العقلي بأنه مرض شيزوفريني ، فبعض الأطباء يعتقدون بأن كل حالة مرضية عقلية هي حالة مرضية شيزوفرينية ، وحماسهم في هذا الاتجاه يدفعهم للخطأ في تشخيص بعض الحالات المرضية العضوية بأنها شيزوفرينية ، كما يدفعهم الى تشخيص حالات الانهيار النفسي الحادة بأنها مرض شيزوفريني ، والى تشخيص حالات

الاضطراب العقلي المزاجي (الكآبة والمانيا) بأنها مرض شيزوفريني ، ومن شأن ذلك كله ان يزيد كثيرا في العدد الكلي للحالات الشيزوفرينية . ومن العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤثر في حماس الطبيب لتشخيص المرض بأنه شيزوفرينيا ما يأتي نتيجة لما يتوفر في مجتمعه من شعور عن حجم وقوع المرض بين الناس ، ويزيد في ذلك ايضا ما قد يطرأ في ذلك الزمن من حديث واخبار عن اكتشاف دواء جديد لعلاج الحالة المرضية الشيزوفرينية . ومثل هذه الأمور لها فعل الايحاء (اللاشعوري) على الطبيب ، وهي بالتأكيد تزيد في حماسه واقباله على تشخيص الشيزوفرينيا في حالات لا تستوجب ذلك ، ولا يمثل السرعة التي يقوم بها ، ومما يؤيد هذه الملاحظة ما تبين من احدى الدراسات من أن تشخيص المرض العقلي المزاجي (المانيا) قد زاد كثيرا بسبب كثرة الحديث والأبحاث عن دواء (الليثيوم) الذي يستعمل في علاج المرض ، ومثل تلك الملاحظة بأن تشخيص الزائدة الدودية او القرحة المعدية قد ازداد كثيرا في تلك الفترات الزمنية التي كثر فيها الحديث والبحث في هاتين الحالتين او عند اكتشاف دواء جديد لعلاج القرحة .

التباين في التشخيص :

يتبين من الدراسات العديدة في البلد الواحد او بين بلد واخر وجود تفاوت في درجات التوافق او الاختلاف في تشخيص المرض الشيزوفريني . وهذا التفاوت يرد الى فعل عوامل متعددة منها ما يعود الى طبيعة المرض ، وهي الطبيعة التي ما زالت غامضة في ماهيتها وحدودها واسبابها ، ومنها ما يعود الى الأطباء الذين يقومون بعملية التشخيص بفعل مدى خبرتهم وثقافتهم الاختصاصية ، والأسلوب الذي يتبعونه في التشخيص او القواعد التي يعتمدونها للوصول اليه ، كما يعتمد على درجة حماسهم لتشخيص المرض او الاحتراز في تشخيصه . والأمثلة التالية المستخلصة من بعض الدراسات حول هذا الموضوع تعطي فكرة واضحة عن الوضع التشخيصي للمرض في الوقت الحاضر .

١) قام عدد من الباحثين بدراسات مقارنة بين الأطباء ممن قاموا بتشخيص المرض الشيزوفريني . وافادت الدراسة الأولى (بك Beck ـ ١٩٦٢) بأن التوافق بين اربعة مختصين ، قام كل اثنين منهما بفحص المريض في جلستين متواليتين ، قد جاء في حدود ٥٤ في المئة فقط . وفي الدراسة الثانية (كرايتمان ـ ١٩٦١) جاء التوافق في حدود ٧٣ في المئة ، وفي الدراسة الثالثة (ساندفر ـ ١٩٦٤) كانت نسبة التوافق التشخيصي بين الأطباء المختصين ٧٤ في المئة . هذا وقد افادت الدراسة الأولى التي قام بها (بك) بأن الأطباء المختصين عندما كانوا واثقين من تشخيصهم للمرض ، فإن التوافق بينهم جاء في حدود ٨١ في المئة .

٢) في دراسات مقارنة بين تشخيص الأطباء في امريكا وبين تشخيص زملائهم في انجلترا ظهرت البينات التالية :ـ

١ أ في احدى الدراسات المقارنة ، تبين بأن الأطباء في امريكا يشخصون الحالات المرضية على انها شيزوفرينية بما يقارب ضعف النسبة لهذا التشخيص في انجلترا ، وهذا يدلل على ان الأطباء في امريكا يوسعون من مجال المرض الشيزوفريني وحدوده مما يسمح باعتبار حالات اخرى مثل الكآبة والمانيا واضطرابات الشخصية ضمن نطاق الشيزوفرينيا ، أما في انجلترا فان الأطباء يضيقون من مجال حدود المرض ويخرجون من هذه الحدود الحالات المرضية المزاجية (الكآبة والمانيا) .

٢ ـ في دراسة مقارنة بين البلدين (انكلترا وامريكا) على حالة مرضية واحدة، اتفق جميع الاخصائيين في انجلترا من المشاركين في الدراسة وعددهم ١٩٤ بأن الحالة المرضية هي حالة من الهستيريا، بينما شخصها ٥٣ مختصا من مجموع ١٣٣ اخصائيا في امريكا الحالة ذاتها بأنها حالة شيزوفرينية. وهذه الدراسة تبين مدى حماس الأطباء في امريكا الى تشخيص المرض الشيزوفريني على عكس ما هو عليه الحال في انجلترا.

٣ ـ في دراسات مقارنة بين الأطباء في الساحل الشرقي والساحل الغربي في امريكا، تبين بأن الأطباء في الساحل الشرقي هم اقل حماسا واكثر حذرا في تشخيص الحالات المرضية بأنها شيزوفرينية من زملائهم من الأطباء في الساحل الغربي، ويفسر هذا الفرق بأنه نتيجة لقرب الساحل الشرقي في الولايات المتحدة للقارة الأوروبية وخاصة انجلترا، والتي يتصف فيها الأطباء بتزمت في امر تشخيص المرض الشيزوفريني.

ان التضييق في مجال تشخيص المرض في انجلترا بالمقارنة مع التوسع في تشخيصه في امريكا يفسر من قبل الباحثين بأنه نتيجة خلفية المؤثرات في الحضارتين حول مفهوم الشيزوفرينيا. ففي انجلترا فان التأثير الأعظم يمكن تقصيه الى فعل اراء كربلاين حول المرض، وهي اراء تضيق من مجال تشخيصه، كما انها تؤكد على ضرورة تشوف مصير المرض في العملية التشخيصية، واراء كربلاين لاقت قبولا اعظم واوسع في اوروبا بصورة عامة، ومما ساعد في رسوخها ما جاء من اسناد لها من قبل اعلام الاختصاص امثال لانجفلدت وشنايدر. اما في امريكا، فقد كان وما زال التأثير الأعظم هو لآراء بلولر، والذي اولى اهتماما اعظم بماهية المرض منه بوصف المرض واعراضه، وهي اراء من شأنها ان تضع حدودا واسعة وغير واضحة للمرض مما يسمح بادخال حالات مرضية اكثر عددا في نطاق المرض وتشخيصه.

٤ ـ افادت الدراسات بأن الأطباء المختصين يظهرون نسبة اعلى من التوافق في التشخيص كلما كانت خلفيتهم الاختصاصية متماثلة او متقاربة، كما هو الحال في انجلترا، وبأن درجة اعلى من عدم التوافق تظهر في البلدان التي تكون فيها هذه الخلفية غير متماثلة او متقاربة، كما هو الحال في امركيا، والتي تتعدد فيها خلفيات المختصين الدراسية.

٥ ـ في دراسة اجريت على ٩٥ فردا متطوعا وطبيعيا، طلب اليهم الادعاء بمعاناتهم لهلاوس سمعية، والذين تم ادخالهم بالفعل الى مستشفيات الامراض العقلية في امركيا، وسجلت اعراضهم المرضية باصواتهم على اشرطة صوتية وعرضت على مسامع لجنة من الاخصائيين من اطباء ونفسانيين، فقد افادت الدراسة بان جميع المتطوعين ما عدا ثمانية منهم قد شخصوا بانهم مرضى بالشيزوفرينيا. وهنالك دراسة مماثلة فردية او جماعية افادت بنتائج مماثلة، وهو الأمر الذي يكشف خلافا عظيما في امر تشخيص المرض.

ان هذه الدراسات وامثالها تبين ان تشخيص مرض الشيزوفرينيا ما زال بعيدا عن أن يكون تشخيصا أكيدا وموثوقا ومتفقا عليه بين الاطباء في الحالة المرضية الواحدة. وهذا الواقع يعكس الحاجة

الى طرق تشخيصية ادق واكثر موضوعية يمكن استعمالها من قبل الأطباء كلّ على حدة وفي بلدان مختلفة ، والتوصل عن طريقها الى اتفاق اعظم يتناسب مع ما هو عليه الحال في الحالات المرضية الجسيمة . ومع ان بعض التقدم قد احرز في هذا الاتجاه في السنوات العشرين الأخيرة ، الا انه يبدو انه ما زال من الصعب التوصل الى المستويات الكاملة من الدقة التشخيصية ، وهو الأمر الذي يرد بعضا الى اننا ما زلنا نفتقر حتى الآن الى الفهم السببي لهذا المرض ، كما اننا لم نتوصل بعد الى تحديد الصورة الكاملة للمرض ، وهي الصورة التي تتعدد مظاهرها وتختلف وتتفاوت صورها واعراضها تبعا لعمر المريض وخلفيتها الوراثية والثقافية والحضارية وتجربته الذاتية وظروف حياته وللدور المرضي الذي يمر فيه ودرجته وطريقة علاجه ، وهي المتغيرات التي يمكن ان تغير من الاعراض المرضية والصور التي تظهر عليها ، ويمكن بالتالي ان تعقد وتؤخر من امكانية الوصول الى قواعد تشخيصية اكيدة وثابتة .

تطور عملية التشخيص للمرض :

مرت عملية التشخيص للمرض الشيزوفريني بأدوار عديدة وذلك طبقا لتطور مفهوم المرض ورسم حدوده ، وهي المفاهيم والحدود التي تعددت منذ ان حدد كربلاين الحالة المرضية وسماها بالخرف المبكر ، ومنذ ان اصطلح بلولر على هذه الحالة ، او الحالات المرضية التي تجمعها بالشيزوفرينيا او الشيزوفرينيات . ومنذ هذه البدايات الاولى جرت محاولات عديدة ومتوالية لتعريف المرض وتصنيف انواعه ورسم حدوده ، كما وضعت مواصفات عديدة لتشخيص المرض . وفي السنوات الأخيرة ظهر الادراك المتنامي بأن تشخيص المرض يعاني من الكثير من الارتباك والنقص في التوافق بين الاطباء المختصين في امر تشخيصه وظهرت الحاجة الى تشخيص اكثر دقة ، واكثر امكانية في التوافق التشخيصي بين طبيب واخر . ولمتابعة المراحل التي مر بها موضوع تشخيص المرض ، فانا نبين فيما يلي خلاصة لأهم الطرق والقواعد التشخيصية المعروفة والتي طبقت او ما زالت مطبقة حتى الان .

١) التشخيص قديما للامراض :

ربما لم يكن هنالك في الماضي البعيد ما نشاهده في عصرنا الحاضر من الاختلاف في تشخيص الحالات المرضية العقلية ، فالاصناف المرضية العقلية كانت حالة مفردة تشملها تسمية (الجنون)، وفي وقت لاحق في زمن الحضارة اليونانية ادخلت تسميات اخرى لتفرز حيثيات مرضية معينة منها (الميلانخوليا) والمانيا والهستيريا والوسواس المرضي (الهايبوكوندريا).والنظر في اوصاف الحيثية المرضية الاولى: (الميلانخوليا) يبين الشبه العظيم بين اعراضها وبين اعراض مرض الشيزوفرينيا كما نعرفه الان . وجاء العرب من بعد اليونان فاستعملوا تسميات مماثلة لما استعمله اليونانيون ، غير انهم زادوا في التصنيف ، فبلغت تسعة اصناف ، وكانوا بذلك اول من قام بتصنيف الامراض العقلية بصورة واسعة ، معتمدين الاعراض المرضية والاسباب لها كاساس لتصنيفهم ، كما انهم حاولوا علاج الحالات المرضية العقلية المختلفة تبعا لذلك . وفي العصور الوسطى المظلمة ، وحتى زمن غير بعيد في التاريخ المعاصر ، نظر الى الامراض العقلية بأنها مس من الجنون ، وعاد مفهومها الى ما كان عليه قبل المدنية الاغريقية والعربية ، وآل النظر اليها وتعريفها وعلاجها الى اقسى ما عرف في تاريخ الانسانية .

٢) مواصفات كربلاين التشخيصية :

قبل قرن من الزمن تقريبا (١٨٩٩) صنف العالم المشهور (كربلاين) Kraepline الامراض العقلية الى نوعين رئيسيين، احدهما يعتمد اضطراب المزاج، وسماه بالمرض العقلي الكآبة المانيا، والـذي فيه يتراوح الفرد بين حالات متطرفة من الكآبة والهياج، واعطي المرض مصيرا جيدا في النهاية، اما الصنف الاخر فسماه بالخرف المبكر واعتبره مرضا يصيب ملكات الانتباه والفكر والتعبير العاطفي. وبالنظر لما لاحظه في مرضاه بهذا المرض من انهم يصابون به في وقت مبكر في سن المراهقة والشباب، وبان حالتهم العقلية تستمر وتزداد تدهورا وبصورة دائمية لا رجعة فيها، فقد سماه بالخرف المبكر، وتشوف للمصاب به مصيرا غير محمود. وقد قسم كربلاين مرض الخرف المبكر الى ثلاثة اصناف رئيسية تبعا لاكثر الاعراض المرضية وضوحا في المريض، وهذه الاصناف هي الهبفرينيا (Hebephrenia) وفيه تكثر الهلاوس والأوهام العقلية مع تدهور العمليات العقلية والجمود العاطفي، والكاتاتونيا Catatonia وفيه يتراوح المريض بين حالة الجمود في الحركة وحالة الحركة الهياجية، اما النوع الثالث فسماه بالبرانويـا Paranoia، والذي يتصف باعراض الهلوسة والأوهام الثابتة والتي لا تزول مع الزمن.

٣) مواصفات بلولر التشخيصية :

في عام ١٩١١ قام العالم السويسري المشهور (بلولر)Bleuler بخطوة واسعـة وهامـة في تاريـخ الأمراض العقلية، فنشر بحثه (الخرف المبكر او الحـالات الشيزوفـرينية). وقـد انتقد بلولـر في بحثه مصطلح كربلاين (الخرف المبكر)، ودعا الى تفضيل استعمال (الشيزوفرينيا) أو (العقل المقسوم او المفصوم Schizophrenia) بدلا منه. واشار بلولر الى ان المرض لا يصيب المراهقين والشباب فقط كما بين كربلاين، كما انه في معظم الحالات لا ينتهي بحالة الخرف، وبأن المرض غير مسبب عن علة عضوية في الدماغ يؤدي وجودها للخرف كما تصور كربلاين. وابدى بلولر الرأي بأن مرض الشيزوفرينيا هو مجموعة من الحالات المرضية العقلية التي قد يكون مسارها مزمنا أحيانا، وأحيانا على شكل نوبات متكررة، وبأن المرض يمكن ان يتوقف او أن يعود الى حالة سابقة افضل. وقد وجه بلولر الاهتمام لا الى تصنيف المرض الى اصناف معينة، بقدر توجيهه الاهتمام الى مظاهر الوحدة في الحالات المرضية المختلفة وذلك بقوله: «ان المرض قد يتصف بنوع معين من التغيير في الفكر والعاطفة والعلاقة مع العالم الخارجي والذي لا يظهر في أي مرض آخر». وقد رأى بلولر ان هذا التغيير يظهر على شكل (تجزئة) او (عدم ترابط) في الفكر والعاطفة وفي التعامل الشخصي. وقد وضع بلولر اربعة اعراض اساسية، واعتبرها كافية وضروريـة لتشخيص قيام مرض الشيزوفرينيا في المريض. وهذه الاعراض هي :

١) اضطراب في الترابط : وفيه يتجه الفكر الى التجزئة عن طريق اقحام افكار غير منطقية وغريبة وخارجة عن الصدد.

٢) اضطراب في العاطفة : ويظهر على صورة عدم التوافق بين الفكرة وبين ما يبديه المريض من ردود عاطفية لها، ففي بعض الحالات قد يكون رد الفعل العاطفي معدوما كليا، أو انه يأتي بصورة لا

تتناسب ابدا مع الموقف القائم في الواقع .

٣) الذاتية Autism : وهي تتمثل في انسحاب المريض من التعامل مع محيطه الخارجي والى الركون الى عالم الخيال والفانتزي .

٤) الثنائية Amhivalence : وهي تتأتى من الصراع النفسي، او الاثارة في وقت واحد لافكار او عواطف متضاربة نحو شخص او موضوع معين . وما عدا هذه الأعراض ، والتي اعتبرها بلولر اعراضاً اساسية ، فقد ميز أعراضاً اخرى واعتبرها أعراضاً ثانوية ، واعتبر الأولى بأنها تعبير مباشر عن الاضطراب الشيزوفريني ، اما الأعراض الثانوية فهي تمثل في نظره محاولة المريض على التكيف طبقاً لحالته المرضية ، او انها مجرد رد فعل لاعراض المرض الأساسية .

وبالرغم من مرور عشرات السنين على المفهوم الذي جاء به بلولر للمرض ، فان هذا المفهوم ما زال حتى الآن قائما . فتسمية المرض بالشيزوفرينيا هي التسمية المأخوذ بها عالميا ، والأعراض المرضية التي تتصف بها الحالة المرضية ما زالت كما وصفها بلولر وخاصة في مجال اضطراب الترابط الفكري ، والاضطراب العاطفي .

لقد جرت محاولات عديدة منذ عهد كربلاين وبلولر لتصنيف الأمراض العقلية بما في ذلك مرض الشيزوفرينيا ، وقد اضيفت حيثيات مرضية اخرى الى تلك التي جاء بها كربلاين وبلولر ، وخصت هذه الحيثيات بأعراض معينة ومسيرة معينة ومصير معين . واتسع بذلك مجال المرض الشيزوفريني ليتضمن حالات مرضية لم تكن مشمولة من قبل ، وبهذا فتح باب الاجتهاد في موضوع مرض الشيزوفرينيا واعراضه على مصراعيه . وتزايدت الأنواع المرضية الى حد واسع ومربك ، كما ان الأعراض المرضية التي ترد فيها قد وصلت اعدادا كبيرة ، والى الحد الذي اصبح معه من المتعذر في الكثير من الأحيان الاتفاق على تشخيص المرض الشيزوفريني من بين الأمراض العقلية والنفسية الرئيسية الأخرى ، أو الاتفاق على تشخيص الأصناف النوعية في المرض نفسه . وللتدليل على هذه الصعوبة في التشخيص نورد الحقائق التالية والتي تدلل في مجموعها على النقص في العملية التشخيصية لهذا المرض العقلي . وهو النقص الذي دفع بالكثيرين الى التشكك في وجود حيثية مرضية شيزوفرينية ، ودفع آخرين غيرهم الى الدعوة الى الغاء الأصناف العقلية المعروفة والعودة بالمرض العقلي الى حيثية مرضية واحدة هي المرض العقلي او فقدان العقل .

القواعد التشخيصية الحديثة للشيزوفرينيا :

نظرا لما هو معروف من عدم التوافق بين الأطباء في البلد الواحد ، او بين بلدان اخرى في تشخيص المرض الشيزوفريني ، وبالنظر للحاجة الى الدقة في التشخيص للحالات المرضية التي تدخل في نطاق المرض ، اضافة الى ما يمكن ان يترتب على التشخيص الصادق او الخاطىء من اعتبارات بعيدة الأثر في حياة الفرد ، فقد دفع كل ذلك الى محاولة وضع قواعد وطرق تشخيصية جديدة لقيام المرض الشيزوفريني ، وقد ساعدت هذه القواعد والطرق في تضييق شقة عدم التوافق بين الأطباء في التشخيص ورفعت من نسبة التوافق الى حدود اعلى . وفيما يلي نعطي مختصرا للقواعد والأسس التشخيصية الحديثة ، غير انه تجدر الملاحظة بأن معظم هذه الطرق لا تطبق من قبل الأطباء المختصين في عملية التشخيص الروتينية ، فمعظم الأطباء ما زالوا يمارسون عملية التوصل الى التشخيص طبقا للاسلوب التقليدي والسابق لظهور القواعد التشخيصية الحديثة . وهو في معظمه اسلوب انطباعي وكيفي يعتمد على الصورة الاجمالية للحالة المرضية كما تتضح من اعراض المريض عند المقابلة ، ومما يفضي به اهل المريض من ملاحظات عن تصرفات المريض وافكاره، هذا ومن غير المتوقع ان يحدث اي تبدل جذري في هذا الأسلوب التقليدي في التشخيص ما لم تتم تهيئة الأطباء تهيئة ملائمة وذلك بدمج القواعد التشخيصية الحديثة في ثقافتهم الاختصاصية بصورة ثابتة وجذرية .

١) التشخيص على أساس اعراض شنايدر :

بتأثير من كربلاين الذي كان يؤكد على الطريقة الوصفية في تشخيص المرض، فان شنايدر حذا حذوه ، وان كان لم يؤكد على مصير المرض كعارض هام في عملية التشخيص كما فعل كربلاين . وقد وضع شنايدر قائمة من أحد عشر عارضاً مرضياً اعتبرها مميزة للمرض الشيزوفريني بصفة خاصة ومدللة على قيامه . ومن امعان النظر في هذه الأعراض ، يتبين بان شنايدر قد اكد على اهمية ما يعيه المريض من تجربته الذاتية اكثر من الاعتماد على ما يستنتجه الطبيب بناء على حكمته .. والأعراض التي اوردها شنايدر يمكن جمعها في مجموعات قليلة ، فالمجموعة الأولى تحتوي ثلاثة اعراض وكلها تتعلق بهلاوس السمع ، وهي ١) صوت مسموع لأفكار المريض (يسمع المريض صوتا واضحا وهو ينطق بما يفكر به المريض او ما ينوي القيام به ، ٢) اصوات تتحادث ، (اصوات متعددة تتحدث عن المريض وشؤونه) ٣) اصوات تعليقية (اصوات تعلق على ما يقوم به المريض) . اما العارض الرابع ٤) فيتعلق بالهلاوس الجسمية ، وهي هلاوس سماها بالهلاوس السلبية كأن يشعر المريض بأن اشعة اكس قد عبرت جسمه وانتشرت فيه محدثة احساسات مختلفة . اما الأعراض من المجموعة التالية وعددها ثلاثة اعراض فهي اعراض من التفكير المضطرب وهي : ٥) سلب الفكر (يشعر المريض بأن احدا ما ، معين او غير معروف ، قد سرق افكاره) ،

٦) زرع الفكر (وفي هذه الحالة يشعر المريض بأن فكرا غريبا عنه قد اقتحم عقله عنوة او خدعة) ٧) بث الفكر (يشعر المريض بأن افكاره تنتشر ، ويعرفها الغير بطريقة او اخرى من طرق النشر والبث ، والعارض الثامن ٨) سماه شنايدر بالادراك الوهمي ، وعنى بذلك ان المريض يعطى مغزى شخصياً لما هو مدرك بصورة طبيعية- كان يعطي معاني وهمية لحركة او عمل يقوم به شخص اخر ، اما الأعراض الثلاثة الباقية فهي تتعلق بالعاطفة والدافع والسلوك ، فالعواطف ، ٩) مصطنعة ومجلوبة للمريض وليست من شعوره هو ولا تعبر عن عاطفته . و١٠)والدوافع كذلك مفروضة على المريض من خارج كيانه وعليه ان ينفذها ، وكذلك سلوك الفرد بما يقوم به من أعمال تبدو ارادية ، ١١) فهو مثلا يلاحظ يديه واصابعه تتحرك ، غير انه يشعر بأن كل حركة يأتي بها هي خارجة عن ارادته ، وبأنه اشبه ما يكون بالدمية والتي تحرك بخيوط يمسك بها محرك خارج عنه .

ان شنايدر لم يصر على ضرورة توفر هذه الاعراض لتشخيص المرض الشيزوفريني ، كما انه أقر بأنها توجد أحيانا في حالات مرضية عقلية أخرى غير شيزوفرينية ، غير انه ارتأى ضرورة اعطاء الأولوية لتشخيص الشيزوفرينيا عندما تتوفر هذه الأعراض في المريض . وفي رأي شنايدر أن بالامكان تشخيص قيام المرض الشيزوفريني على اساس توفر اعراض اخرى سماها بأعراض المرتبة الثانية ، على ان تكون الحالة نموذجية من الناحية السريرية . وتشمل هذه الأعراض انواعا اخرى من الهلاوس غير التي ذكرت في اعراض المرتبة الأولى ، مثل الارتباك والاكتئاب واعراض النشوة المزاجية وضحالة العاطفة .

ان هنالك الكثيرين ممن تأثروا بشنايدر ، واعتمدوا اعراض المرتبة الأولى التي وصفها كمقياس تشخيص لمرض الشيزوفرينيا . واكثر ما تلاقيه قواعده التشخيصية من تأييد هو في القارة الأوروبية ، حيث تعتمد اعراضه من المرتبة الأولى كالأساس المفضل لتشخيص الشيزوفرينيا . غير انتأثير شنايدر هو اقل وضوحا في انجلترا وامريكا وبلدان اخرى في اوروبا ، هذا وقد لاقت اعراض شنايدر تفنيدا من قبل باحثين عديدين ممن اشاروا الى ان جميع هذه الأعراض تتوفر في حالات عقلية اخرى غير شيزوفرينية . ومن الدراسات المؤيدة لهذا التفنيد دراسة افادت بأنه في ٦٤ في المئة من مجموعة من الحالات الدماغية العصوية فإنها تظهر عارضا او اكثر من الاعراض التي اوردها شنايدر في قائمة اعراض الدرجة الأولى ، وخلصت دراسة اخرى الى الرأي بأن محاولة التفريق بين بعض حالات المرض العضوي للدماغ وبين الشيزوفرينيا ، هي محاولة سرابية .

٢) فحص الحالة الحاضرة : Present state Examination (PSE)

هنالك جداول عديدة لتوثيق الحالة الحاضرة للمريض اثناء المقابلة الطبية . غير ان اكثر هذه الجداول انتشارا وربما اكثرها دقة هي الطريقة المعروفة بفحص الحالة الحاضرة (PSE) ، وهي الطريقة التي جرى تهذيبها وتطويرها مرات عديدة بلغت حتى الآن المرحلة التاسعة من التنقيح ، واستعملت بكثرة في كل مكان من امريكا وبريطانيا ، كما استعملت في الدراسات المقارنة على الشيزوفرينيا بين البلدين ، وفي الدراسة الاستطلاعية العالمية للشيزوفرينيا التي قامت بها الأمم المتحدة (١٩٦٥) . وهذا الجدول قد اعد خصيصا لتقييم الحالة العقلية الحاضرة للمريض . ويشتمل جدول الفحص على٥٠٠ سؤال صممت بحيث يتمكن الشخص الذي يجري المقابلة من تقييم ١٠٧ اعراض مرضية ، اما من جواب المريض

عن هذه الاسئلة او عن طريق الملاحظة التي يلاحظها الفاحص على سلوك المريض وتصرفاته وردود فعله اثناء المقابلة ، مثل هياجه وانفعاله وجمود عاطفته وهيئته وعدم الترابط في كلامه وغير ذلك من الأعراض التي لا يمكن تقييمها الا عن طريق الملاحظة . وقد تم اختبار القيمة التشخيصية لهذه الطريقة بمقارنتها بطرق اخرى .

وتقييم الاعراض الواردة في هذا الفحص التشخيصي يتضمن توزيعها على ٣٨ حالة مرضية وبالتالي الى فئات تشخيصية محددة له . وقد افادت الدراسات المختلفة بأن هذه الطريقة التشخيصية تؤدي الى توافق في التشخيص بين طبيبين في الأمراض العقلية بشكل عام في حدود ٨٤ في المئة ، وفي مرض الشيزوفرينيا بحدود ٩٢ في المئة . هذا وقد استعمل هذا الفحص التشخيصي من قبل منظمة الصحة العالمية في دراستها العالمية الموسعة من أجل التوصل الى تشخيص عملي لمرض الشيزوفرينيا في المريض . وفي الجدول التالي بعض الأعراض المرضية التي يمكن ان يعاني منها المريض ، والى جانب كل عارض منها السؤال الذي يوجه الى المريض بشأنه او الملاحظة المستقاة من المريض والتي يمكن ان تدلل على وجود العارض فيه ، والى جانب كل واحد منها السؤال المطروح على المريض او الملاحظة السلوكية التي يمكن عن طريقها اظهار العارض المرضي او الحكم على وجوده ودرجة هذا الوجود .

العارض المرضي	السؤال او الملاحظة للمريض عند المواجهة
١) كلام مشوش.	سيل حر وتلقائي من الكلام المشوش وغير المترابط.
٢) عاطفة محدودة.	وجه فارغ، لا تعبير فيه، قليل من العاطفة او خال منها.
٣) افكار مفضوحة.	هل تحسّ بأن افكارك تذاع او تنقل، هل تشعر أحيانا وكأن الناس ينطقون جهرا بافكارك؟
٤) اوهام واسعة .	ما هو مدى انتشار اوهام المريض؟ وما هي المجالات في حياته التي تشملها هذه الأوهام؟
٥) اوهام غريبة.	هل الأوهام يمكن ادراكها (فهمها)؟
٦) اوهام عدمية.	هل تشعر بأن جسمك يتفسخ؟ يتعفن؟ هل تشعر بأن جزءا من جسمك مفقود؟ هل تشعر بأنك غير موجود، وبأنك ميت وانك ذبت؟ الخ
٧) بصيرة ضعيفة.	تقييم عام لبصيرة المريض.
٨) تجاوب ضعيف.	هل وجد الطبيب في المقابلة صعوبة في اقامة تجاوب مع المريض؟
٩) معلومات غير موثوقة.	هل كانت المعلومات الواردة في المقابلة صادقة؟

٣) مقياس المرضى الداخليين متعدد الأبعاد

او ما يعبر عنه ب (MSRPP) ، والذي ابتكره (لور) ورفاقه . وهذا المقياس يتضمن ٧٥ مفردة مختارة اختيارا دقيقا ، وتصف كل واحدة منها عينة لسلوك المريض اثناء المقابلة الطبية . وبعد المقابلة تجرى مقارنة سلوك المريض وما افضى به عن عاطفته ومعتقداته مع هذه المفردات ال٧٥ ، ومن بعدها يجري حساب المفردات المتوفرة في المريض على مقياس حسابي يبين شدتها ودرجة تكرارها . وفي الخطوة الأخيرة يجري توزيع المفردات الى مجموعات من الأعراض المترابطة تبلغ ١٠ مجموعات من الأعراض العقلية ،

ست مجموعات منها تصف نماذج مرضية تعتبر شيزوفرينية بشكل عام، وهذه المجموعـات الست من الأعراض هي التالية، والى جانبها المفردات التي ترتبط معها :

مجموعة الأعراض	المفردات المرتبطة
١) التفكك الفكري	يعطى المريض اجابات لا علاقة لها بموضوع السؤال، ويعطي اجابات غير مترابطة ، يستعمل الرموز والاحاجي .
٢) البطء والخمول	عديم الاكتراث بالمستقبل الشخصي ، عديم المبالاة بنفسه وبمشاكله ، لا يجيب عَن الأسئلة ، رث المَظهر .
٣) اختلال الملاحظة (الاحساس)	يسمع اصواتا تلومه او تتهمه ، يسمع اصواتا تهدده بالعقاب ويفيد بالهلاوس الحسية في الجلد وفي حاستي الشم والذوق .
٤) اوهام بارونية	المريض منشغل بافكار وهمية، يعتقد بان الناس يتحدثون عنه، ويعتقد بان النـاس يسيطرون على افعاله.
٥) تصورات العظمة	يعتقد بان له مهمة سماوية ، يعتقد بان له قوة خارقة، يعتقد بانه شخصية مرموقةٌ ومعروفة ، حركات سمجة فُي الوجه، يتخذ وضعيات جسمية جامدة ومتصلبة

وقد تبين من مقارنة التشخيص بالطريقة الأولى (طريقة فحص الحالة المرضية الحالية (PSE)، والطريقة الأخيرة (فحص الابعاد المتعددة MDRPP ، ان هنالك توافقا عظيما بين نتائج الطريقتين ، ومع ان هنالك بعض الفروق في اسلوب الطريقتين وفي بعض المفردات التي تشملها كل طريقة ، الا ان كلا منها تحاول توزيع الأعراض المرضية الى مجموعات مترابطة ، وهو الأسلوب التشخيصي الذي اتبعه العالم كربلاين والذي كان اول من وصف مرض الشيزوفرينيا بمفهومه الحـديث وسماه بـالخرف المبكر .

٤) الجدول التشخيصي الأمريكي الثالث DSM - III

أعدت هذا الجدول رابطة الأطباء النفسانيين في امريكا . ويشمل الجدول المظاهر الاساسيـة في المرض الشيزوفريني ، كما يتضمنْ بعض المظاهر المرتبطة معها ويقتضي الجدول بـأن تشخيص المرض يتطلب اولا : وقوع الاضطراب العقلي قبل سن الخامسة والأربعين ، وثانيا ان تكون مدة المرض ستة شهور على الأقل يتوفر خلالها عارض واحد من الأعراض الاساسية المبينة ادناه وهي :-

١ ـ اوهام بأن المريض مسيطر عليه .
٢ ـ اوهام بأن افكاره تذاع .
٣ ـ اوهام بأن أفكاره تزرع في ذهنه .
٤ ـ أوهام بأن افكاره تسحب منه .
٥ ـ اوهام جسمية ، واوهام العظمة ، وأوهام دينية .
٦ ـ اية أوهام تصاحبها هلاوس .
٧ ـ اوهام سخيفة او بزارية .

٨ ـ الانشغال بوهم أو هلوسة والى حد حجب اي اعراض او اهتمامات اخرى .

٩ ـ هلاوس سمعية ، اما تعلق على سلوك او افكار المريض ، او انها اصوات يتحادث بعضها مع بعض .

١٠ ـ اصوات هلوسية كلامية ، وبدون محتوى كابي او مفرح ، وغير محددة بكلمة او كلمتين .

١١ ـ هلاوس مستمرة من أي نوع ولمدة عدة ايام ، او هلاوس متقطعة لمدة شهر ، ولكنها غير مرتبطة بالكآبة أو النشوة .

١٢ ـ عدم الترابط الكلامي ، وانحلال الرابطة ، واللاعقلانية مع وجود عاطفة مستوية (لا انفعال فيها) او عاطفة غير موافقة واوهام ، وهلاوس ، وسلوك مضطرب او كاتاتوني .

وهنالك غير هذه الأعراض الأساسية ، اعراض اخرى مرتبطة بالمرض وهي اقل اهمية تشخيصية طبقا لهذا المنهج التشخيصي . وتشمل هذه الأعراض : (الانعزال الاجتماعي ، والسلوك الغريب الشاذ ، وجمود العاطفة ، والأفكار البزارية او السحرية ، وافكار تشير الى علو فكر المريض ، والأفكار المرجعية ، والادراكات غير الطبيعية ، كأن يشعر المريض بأنه في حضرة شخص او قوة لا وجود لها بالفعل .

ان الجدول التشخيصي الأمريكي الثالث يمثل تحولا اساسيا في العملية التشخيصية ، ذلك انه لا يعتمد على المحتوى النفسي الذاتي الذي يفضي به المريض والعمليات الدينامية التي يدلل عليها هذا المحتوى ، وانما يعتمد على الأساس الظواهري للمرض . وقد ادى هذا التحول في الاتجاه التشخيصي الى مفارقات واسعة في التشخيص بين من يتبعون الأساليب القديمة والدينامية في التشخيص وبين من يتبعون المنهاج الظواهري الجديد . وعلى سبيل المثال ، فقد افادت دراسة قام بها سلفرستاين ١٩٨٢) بأن ٥٥ في المئة فقط من اولئك الذين شخصوا سابقا بأنهم مصابون بالشيزوفرينيا قد اعيد تشخيصهم بأنهم شيزوفرينيين طبقا لقيود المنهاج التشخيصي الثالث . وفي دراسة اخرى قام بها ستيفنز (١٩٨٢)، واجرى فيها المقارنة بين تسعة طرق لتشخيص الشيزوفرينيا ، ووجد بنتيجتها بأن ٣٧ في المئة فقط من ٢٨٣ مريضا شخصوا سابقا بالشيزوفرينيا ، قد اعيد تشخيصهم بالمرض طبقا لقواعد تشخيص الجدول التشخيصي الثالث . وقد وجد ستيفنز بأن القواعد التشخيصية في هذا الجدول هي اضيق القواعد من بين جميع الطرق التشخيصية المعروفة ، غير أنها في نفس الوقت هي اكثرها دقة في التنبؤ بمصير المرض . ان هذا المنهج التشخيصي ، اذا ما طبق ، أمكنه ان يقلل كثيرا من هذه الحالات التي تشخص حاليا بأنها شيزوفرينية ، غير ان مثل هذا التطبيق لكي يكون صادقا وصحيحا ومقاربا للواقع ، فانه ينبغي ان تتوفر له المعلومات والملاحظات الدقيقة عن المرض . والمعروف ان هذا المنهاج التشخيصي لا يطبق بدقة في موطن ظهوره امريكا . وجميع البينات تشير الى ان الأطباء هناك ما زالوا ينظرون الى المرض الشيزوفريني في حدود واسعة ، وبأنهم لذلك يشخصون المرض بقدر اكبر مما يقتضي وليس هنالك من دليل على وجود أي تغيير جذري في هذا الواقع بالرغم من توفر المنهج التشخيصي الجديد .

٥) مواصفات البحث التشخيصي

قدمت مواصفات عديدة تميز المرض الشيزوفريني وتساعد على تشخيصه،ومن أهم هذه المواصفات المعروفة ب (مواصفات البحث التشخيصي ، وتعتبر هذه المواصفات اساسا لتعريف المرض الشيزوفريني

في معجم المصطلحات المرضية العقلية المسمى DSM في امريكا، كما انها تشبه الى حد ما المواصفات للاعراض المرضية التي وصفها شنايدر وان كانت تختلف عنها في كونها اكثر شمولاً . وفيما يلي مختصر لهذه المواصفات وهي في ثلاث حلقات أ ،وب ، وجـ ، والحلقات الثلاثة كلها ضرورية للفترة الزمنية للمرض الذي يجري البحث فيه .

الحلقة (أ)

وتشمل الدور الفعال من المرض والذي قد يكون او لا يكون قائما الآن ، ومن الأعراض التالية يتوجب توفر عارضين لكي يكون التشخيص اكيداً . وعارض واحد لكي يكون التشخيص محتملا لقيام المرض .

١) شعور المريض بأن افكاره تذاع ، أو أنها تدخل في فكره او انها تسحب منه .
٢) الأوهام بأنه خاضع تحت سيطرة او تأثير من مصدر خارجي ، وغيرها من الأوهام المتفرقة من من الاضطهاد او الغيرة ، على ان تستمر الأوهام لمدة اسبوع على الأقل .

٣) الاوهام الجسدية واوهام العظمة او الاوهام الدينية والعدمية او غيرها من الاوهام وبدون محتوى الاضطهاد او الغيرة، على ان تستمر الاوهام لمدة اسبوع على الاقل

٤) اوهام من اي نوع اذا ما صاحبتها هلاوس من أي نوع ولمدة لا تقل عن اسبوع .

٥) هلاوس سمعية والتي اما يقوم صوت فيها باداء تعليق متواصل على سلوك المريض او افكاره او هلاوس سمعية تتألف من صوتين مختلفين يتبادلان الحديث معا .

٦) هلوسة كلامية۔ وغير عاطفية المحتوى وموجهة نحو المريض .
٧) هلوسة من أي نوع خلال اليوم ولعدة ايام ، او بصورة متقطعة لمدة شهر على الأقل .
٨) امثلة اكيدة على اضطراب الفكر، يصاحبها اما عاطفة جامدة او غير موافقة ، وأوهام وهلاوس من أي نوع، أو مظاهر من السلوك المضطرب والمشوش .

الحلقة (ب)

استمرار الأعراض المرضية لمدة اسبوعين وذلك منذ ابتداء ملاحظة حدوث تغيير في المريض عن حالته الاعتيادية ، ولا يقتضي في هذه الحلقة ان تظل الأعراض المرضية قائمة لتفي بمواصفات الحلقة أ ، وقد لا تكون هناك غير بقايا من الأعراض كالانعزال الاجتماعي والجمود العاطفي وعدم التوافق بين العاطفة وبين المناسبة المثيرة لها، واضطراب بسيط في التفكير او ورود افكار وتجاوب ادراكية غير طبيعية .

الحلقة (جـ)

ان لا يتوفر في أي وقت من مسيرة المرض العقلي اي مظهر يمكن ان يجعل من الحالة المرضية مرضا عقليا مزاجيا كالكآبة او المانيا ، اما بصورة اكيدة او حتى محتملة .

ان الأخذ بهذه المظاهر المرضية في حلقاتها الثلاث كضرورة لازمة لتشخيص المرض الشيزوفريني ، يؤدي الى التشديد من تشخيص المرض والى حصره في نطاق ضيق ، ولهذا التشديد ان يؤدي الى استثناء

الكثير من الحالات المرضية واخراجها من النطاق الشيزوفريني . ومن هذه الحالات التي قد يشملها الاستثناء الحالات المعروفة بالشيزوفرينيا المزاجية Schizo affective ، وكمثال على نتائج هذا التطبيق للمواصفات التشخيصية لهذا المنهاج التشخيصي ان مجموعة من ٢٧٢ مريضا شخص ٣٥ منهم فقط بأنهم مصابون بالشيزوفرينيا بطرق التشخيص المألوفة غير انه بتطبيق المنهاج التشخيصي ذي الثلاث حلقات فان ٤ مرضى منهم فقط قد شخصوا بالمرض الشيزوفريني بينما شخص ٦٨ من مرضى العينة كلها بأنهم مصابون بمرض الشيزوفرينيا الكآبية . ولكنه بالرغم من تشدد المواصفات التشخيصية في هذا المنهاج ، الا انها مكنت من الوصول الى اتفاق اعظم بين الأطباء بشأن الحالات التي تشخص بأنها شيزوفرينية وهو الأمر الذي يسهل البحث في موضوع الشيزوفرينيا وفي تبادل المعلومات بين الأطباء حول الموضوع . ومن مميزات هذه الطريقة انها جعلت من غير الضروري الانتظار لمدة ستة ا شهر قبل تشخيص المرض وبأنها لا تتطلب أعراض المرتبة الأولى لشنايدر لتشخيص قيام المرض .

٦ ـ الدراسة الدولية الاستطلاعية للشيزوفرينيا :

قامت منظمة الصحة العالمية باجراء هذه الدراسة وقد بدأت في عام ١٩٦٥ واستمرت عدة سنوات . واختارت المنظمة تسعة اقطار في مناطق مختلفة من العالم للمشاركة في الدراسة والتي تعين هدفها في محاولة الوصول الى طرق تشخيصية للشيزوفرينيا يمكن الاعتماد على قيمتها التشخيصية كما يمكن تطبيقها لنفس الغرض على نطاق عالمي . وقد شملت الدراسة ١٢٠٢ مريضا ادخلوا المستشفيات الخاصة في جميع الأقطار المشاركة في وقت واحد ، وقد جرى اعداد الأطباء في دورة تدريبية مشتركة قبل عودتهم الى بلادهم للقيام بهذه الدراسة . وقضت الدراسة باستثناء كل حالة مرضية عقلية من الحالات التالية : ما يخرج عن حدود العمر الذي يتوفر فيه احتمال خطر حدوث المرض : اي حالة فيها بوادر او علامات اصابة عضوية أو اساءة استعمال العقاقير أو التعود والادمان التخلف العقلي، وأي حالةطويلة الأزمان من المرض العقلي . وقد توصل الأطباء في المراكز التسعة المتفرقة من تشخيص ٨١١ مريضا من مجموع المرضى وعددهم ١٢٠٢ ، بأنهم مصابون بالشيزوفرينيا . والطرق التي توصلوا فيها الى هذا التشخيص كانت ثلاثة (الأولى) هي الطريقة التقليدية لمقابلة المريض . (والثانية) كانت طريقة كمبيوترية (حسابية) تم فيها ادخال مفردات الأعراض التي تظهر على المريض اضافة الى أهميتها النسبية الى جهاز الكمبيوتر، وترك للكومبيوتر ان يقوم بتصنيف الحالة المرضية.وقد استعمل الأطباء منهاج الدكتور ونج Wing والمعروف ب catego لبرمجة الكومبيوتر . اما الطريقة الثالثة للتشخيص فقد اعتمد فيها اسلوب تحليل المجاميع او التحليل العنقودي cluster Analysis وهو اسلوب يشخص المرض طبقا للاعراض المرضية التي يشاطرها المريض مع جماعة اخرى من المرضى . وقد تمخض عن هذه الدراسة ان ٣٠٦ فقط من مجموع ال ٨١١ الذين شخصوا بالأصل بأنهم مصابون بالشيزوفرينيا قد حصل التوافق في تشخيصهم في جميع الطرق الثلاث المطبقة (المقابلة ، وتشخيص الكمبيوتر وتشخيص تحليل المجاميع) . وسمي المرض في هذه المجموعة بحالات الشيزوفرينيا المتوافقة Concordant group بينما سمي المرضى الباقون ممن لم يحصلوا على هذا التوافق الثلاثي بالتشخيص وعددهم ٥٠٥ بحالات الشيزوفرينيا غير المتوافقة Non concordant .

وقد افادت الدراسة بأن افضل مقياس للاعراض المرضية هو الجدول المعروف بفحص الحالة

الحاضرة PSE والذي سبق بحثه كما تبين بأن اكثر الأعراض ورودا في مرض الشيزوفرينيا هي الأعراض التالية . وكان ورودها في النسب التالية من مجموع المرضى وهذه الاعراض هي :

● نقص البصيرة .	في ٩٧ في المئة من المرضى
● الهلاوس السمعية .	٪٧٤
● الهلاوس الكلامية .	٪٧٠
● اوهام تتعلق بالمريض (أي ان ما يحدث له تماس بالمريض) .	٪٧٠
● الشك .	٪٦٦
● الضحالة العاطفية .	٪٦٦
● اصوات تتحدث للمريض	٪٦٥
● مزاج واهم	٪٦٤
● أوهام اضطهادية .	٪٦٤
● عدم المقدرة على وصف المشاكل .	٪٦٤
● تغرب الفكر .	٪٥٢
● افكار المريض ينطق بها الغير .	٪٥٠

ومع ان هذه الأعراض كانت اكثر الأعراض وروداً عند المرضى ، الا ان ذلك لا يثبت بأنها اعراض محددة للمرض . كما لا يثبت درجة الاعتماد عليها في التشخيص . ومن أهم النتائج لهذه الدراسة ، نقتطف الخلاصات التالية :

أولا :

ان الاعراض الأكثر ورودا في الحالات الشيزوفرينية المتوافقة (التي تم تشخيصها بتوافق الطرق الثلاثة- المقابلة- والكومبيوتر- وتحليل المجاميع) والتي لم تظهر ضمن الخمسة عشر عارضا الأكثر ورودا في الحالات الشيزوفرينية غير المتوافقة كانت :

١) الهلاوس السمعية في ٧٤٪ ، ٢) ضحالة العاطفة في ٨٠٪ ، ٣) اصوات تتحدث للمريض في ٦٥٪ ، ٤) تغرب الفكر في ٥٢٪ ، ٥)الأفكار تنطلق بصوت عال في ٥٠٪ ، ٦) اوهام السيطرة في ٤٨٪ ، واعتبرت هذه الأعراض بأنها اعراض اللبابة الصلبة للشيزوفرينيا .

ثانيا :

اعتبرت الدراسة الاعراض التالية : وهي الأعراض الستة الأكثر ورودا في حالات الشيزوفرينيا غير المتوافقة والتي لم تظهر ضمن الخمسة عشر عارضاً الأكثر ورودا في الشيزوفرينيا المتوافقة بأنها اعراض غير نموذجية للمرض الشيزوفريني واعتبرت لذلك اعراضا هامشية وهي :

١ ـ ضعف في التجارب (في ٤٦٪)

٢ ـ مزاج كئيب (٣٧ في المئة)
٣ ـ افكار تشاؤمية (٣٤ في المئة)
٤ ـ اضطراب النوم (٢٧ في المئة)
٥ ـ اللاأمليه (٢٧ في المئة)
٦ ـ انشغال وسواسي بالجسم ووظائفه (في ٢٣ في المئة)

ثالثا :

اعتبر عارض (الهلاوس السمعية) بأنه اكثر الاعراض قيمة في تشخيص مرض الشيزوفرينيا، فهو ذو مرتبة عالية كعارض مميز كما انه في مرتبة عالية من حيث نسبة وقوعه (٧٤ في المئة) كما ان له قيمة اعتماد عالية (٨٦, ٠)، اما احساس المريض بأنه واقع تحت سيطرة شيء او احد ما، فانه عارض له قيمة عالية من حيث الاعتماد عليه . اما الأوهام والاضطراب النوعي في طريقة التفكير مثل المنطق الخاطىء ، فان له درجة وسطى من الاعتماد . اما ضحالة العاطفة وعدم التوافق فيها بين طبيعة العاطفة ومناسبتها المثيرة لها فان له درجة اعلى من الاعتماد .

رابعا :

نقص البصيرة : وان كان كثير الوقوع في الشيزوفرينيا (٩٧٪) الا انه غير مميز للشيزوفرينيا ذلك ان قيمته الاعتمادية منخفضة ، وعلى العكس فان عارضا اخر نادر الوقوع جدا في الشيزوفرينيا وهو كتابة (الأحاجي) ، فانه عالي التمييز جدا للمرض الشيزوفريني وهو يعطي ٩٧ في المئة من الاحتمال بأن الحالة المرضية التي يحدث فيها هي حالة شيزوفرينيةونقطة ضعفه كدليل تشخيصي هو أنه قلما يظهر كعارض شيزوفريني .

ولعل اهم ما افادت به الدراسة العالمية هو ان للشيزوفرينيا خصائص أساسية متماثلة بصرف النظر عن المنطقة أو الحضارة في العالم التي ينتمي اليها المريض وان بالامكان تطبيق قواعد تشخيصية متماثلة للتوصل الى تشخيص صحيح لقيام المرض وهي النتائج التي تثبت اصالة المرض في الحياة العقلية للانسان اينما كان ووجود المرض في كل بلد وحضارة . ومن النتائج الأخرى التي افادت بها الدراسة وجود بعض اوجه الشبه بين الخصائص التشخيصية المعتمدة لتشخيص قيام المرض الشيزوفريني في كل من الولايات المتحدة وروسيا مما فرقهما بعض الشيء عن الأقطار السبعة الأخرى التي شملتها الدراسة . وقد تبين بأن الأطباء في كل من روسيا والولايات المتحدة يوسعون من مجال تشخيص الشيزوفرينيا بين المرض ليشمل حالات عقلية لا تشمل بالتشخيص في بلدان اخرى ، وعلى سبيل المثال فإنهم في البلدين يدخلون في نطاق التشخيص بعض اضطرابات الشخصية وعدم التوافق الاجتماعي مما يهمل اعتباره مرضا شيزوفرينيا في بلدان اخرى .

٧) طريقة كاربنتر وستراوس وبارتكو (١٩٧٤)

استعمل هؤلاء جدولاً يحتوي على ٤٤٣ مفردة للمقارنة بين المرضى الشيزوفرينيين وغير

الشيزوفرينيين والذين تم تفريقهم طبقا للدراسة الدولية الاستطلاعية IPSS ووجدوا بأن ١٥٠ مفردة من هذه المفردات المتغيرة تفرق بين هذه الجماعات وتم انقاص هذه المتغيرات الى ٦٨متغيراً وتم في النهاية وضع معادلة من المتغيرات تحتوي ١٢ متغيرا واعتبرت أفضل وسيلة لتمييز الحالات المرضية الشيزوفرينية وهذه المتغيرات هي :

١ ـ محدودية العاطفة.
٢ ـ ضعف البصيرة.
٣ ـ سماع المريض لافكاره عاليا (على السنة الغير او من الراديو او انها تبث بطريقة اخرى).
٤ ـ الاستيقاظ المبكر.
٥ ـ قلة التجارب والتعاطف.
٦ ـ صعوبات اخرى في التعاطف.
٧ ـ وجه مكتئب.
٨ ـ النشوة.
٩ ـ اوهام متعددة واسعة المجال.
١٠ ـ كلام غير مترابط.
١١ ـ اوهام عشوائية ـ مشوشة ـ لا يمكن فهمها.
١٢ ـ اوهام عدمية (تلف الجسم او عضوا منه) او انعدام عضو ما او عدم وجود الفرد نفسه. وفي رأي هؤلاء الباحثين ان توفر خمسة متغيرات او اكثر من هذه المتغيرات الأثنى عشر يؤدي الى توافق مع تشخيص الشيزوفرينيا بحدود ٨٤٪ من الحالات.

التشخيص المختبري للشيزوفرينيا :

منذ زمن طويل والمحاولات قائمة لغرض التوصل الى اكتشاف علامات او دلالات مختبرية يثبت أو يؤيد وجودها بأن المريض مصاب بالمرض الشيزوفريني. وقد استطاع الباحثون خلال هذا القرن من ملاحظة وجود هذه البينات في المرضى سواء اثناء الحياة او بعد الوفاة بفحص دماغ المرضى المصابين بالمرض، غير ان جميع هذه البينات لم يتواتر توفرها في جميع المرضى، كما ان المعتقد بأن هذه البينات والعلامات ليست الأساس للمرض وانما هي من نتائجه. ومع ذلك فقد تواصلت المحاولات للوصول الى تشخيص مختبري على امل ان يتوصل العلم الى اكتشاف مادة ما في العصارة الظهرية او الدم او الادرار او العرق او الدموع او في خلايا الدماغ او الجسم مما يمكن من تشخيص المرض بصورة سهلة وقاطعة كما يشخص مرض الملاريا او السفلس او التيفوئيد مثلا، ويبدو ان مثل هذا الهدف ما زال بعيدا، غير ان هنالك بعض الدلائل المختبرية والتي اذا توفر واحد منها او اكثر كان في ذلك دليل احتمال اعظم بأن المريض الذي يظهر مثل هذه العلامات هو مريض شيزوفريني. وفيما يلي مختصر لبعض الفحوص والنتائج المختبرية في بعض مرضى الشيزوفرينيا، وهي تقسم الى فئتين من الاختبارات النفسية والتحليلية.

١) الاختبارات النفسية :

ان الفحوص النفسية التي تطبق في بعض المؤسسات والمستشفيات عديدة ومختلفة . والخبرة العلمية بهذه الفحوص تفيد بأن من الصعب تطبيقها على الكثيرين من المرضى ، فالمريض في الدور الحاد يصعب حصر انتباهه والحصول على تعاونه في اجراء هذه الفحوص ، والمريض المزمن يتعذر عادة تحفيزه للمشاركة فيها . ومع انه يدعي لبعض هذه الفحوص المقدرة على نفي او الدلالة او اثبات وجود المرض الشيزوفريني ، الا ان ما من فحص منها يستطيع اكثر من تأييد التشخيص ، ولا يتوفر هنالك حتى الان اي فحص من الفحوص النفسية يستطيع بمفرده ان يشخص المرض بصورة قاطعة .

هنالك عدة اصناف من الفحوص النفسية ، وهي في مجملها فحوص نفسية عامة وتستخدم في موضوع تصنيف الشخصية وبيان سماتها . ومن هذه الفحوص ما هو اسقاطي او قياسي او فاتوري . ولعل اهم هذه الفحوص هي الفحوص الاسقاطية ، والتي يسقط او يعكس فيها المريض واقعه النفسي بصورة غير واعية في اختبارات خاصة لهذا الغرض ، كما هو الحال في فحص روشاخ للبقع الحبرية Rors-chach Test وفحص ادراك الموضوع (Thematic Apperception (T. A. T)وفحص الرسوم . والفحوص الاسقاطية هي على العموم اقل دقة من الفحوص القياسية ، غير ان هذه الأخيرة يصعب تطبيقها في المريض الشيزوفريني . ويعتبر فحص روشاخ من أهم الفحوص النفسية التي قد تفيد بوجود المرض الشيزوفريني . والفحص يتكون من عشر لوحات من البقع الحبرية المتناسقة في نصفيها والتي تتألف من لون أو أكثر . وتعرض اللوحات بالتتابع على المريض ويطلب اليه ان يبين الأشكال التي يراها في هذه البقع . والملاحظات المتوفرة حول هذا الفحص تفيد بأن المريض الشيزوفريني يرى من الأشكال في هذه البقع اقل مما يراه الفرد الطبيعي ، وبأنه يرى الجزيئات في هذه البقع اكثر من الأشكال الكلية والمتكاملة كما ان المحتوى الانساني لهذه الاشكال قليل ، وهو يغفل عنصر الحركة فيما يراه كما انه لا يلاحظ اللون ايضا . وعلى العموم فان استجابته لما يراه هي استجابات غير مألوفة ولا تشبه كثيرا استجابات الناس الطبيعيين . ومن الفحوص الأخرى الاسقاطية ذات الدلالة فحص الرسوم وفيه يطلب الى المريض رسم مواضيع معينة مثل رسم بيت وشجرة وانسان او رسم انسان فقط ، والملاحظ ان المريض الشيزوفريني في هذا الاختبار اما يتوسع في هذا الرسم الى حدود الخيال او انه ينكص الى مستوى الأطفال . اما الأشكال التي يرسمها فهي تبدو مجزأة ومشوهة وخالية من اللون كما انها تبدو متكلفة او غامضة المعاني واشبه ما تكون بالاحاجي منها بالرسم . ومن الفحوص الفاتورية المفيدة في التشخيص فحص فاتورة الشخصية المعروف بفحص (منسوتا ـ MMPI وهو) فحص يعتمد على ما يفضي به المريض شخصيا عن سمات شخصيته ، ويعتبر هذا الفحص من قبل بعض الباحثين بانه من اهم الفحوص التي تعين على تشخيص المرض الشيزوفريني اختباريا .

٢) البينات المختبرية عن المرض :

هنالك العديد من الفحوص المختبرية التي اجريت على المرضى بالشيزوفرينيا . وقد حصل الباحثون على نتائج مختلفة ومتباينة وغير ثابتة في معظم هذه الفحوص مما يجعل من الصعب اعتماد البينات المتوفرة حتى الان بانها بينات تشخيصية ، وللاحاطة ببعض ما جرى ويجري من هذه الفحوص نقدم

الخلاصة التالية لنتائج هذه الفحوص :

أولا : لوحظ وجود تجمع عنصر النايتروجين في الجسم عند المرضى المصابين بالشيزوفرينيا من النوع المعروف بالكاتاتونيا الدورية وهي حالات شيزوفرينية نادرة الوقوع .

ثانيا : لوحظ بان تعرق المريض بالشيزوفرينيا له رائحة غريبة وقد امكن عزل المادة الكيمياوية المسببة لهذه الرائحة وهي مسماة بـ hexenoic acid trans -3- methyl 2 وقد عثر على هذه المادة في كل مريض من سبعة مرضى تم فحصهم ، بينما لم يعثر عليها في جميع الافراد من عينة مماثلة من غير المرضى

ثالثا : لوحظ بأن المرض بالشيزوفرينيا لا يحدث عندهم حالة الارتداد التي تحدث في الشخص الاعتيادي الذي يحرم من نوم (ري م REM) وهو النوم الحالم

رابعا : تبين وجود انخفاض في مستوى مونامين اوكسديز MAO في اللوائح الدموية Blood Platelts في المرضى المصابين بالشيزوفرينيا ، كما وجد هذا الانخفاض في الاشقاء التوائم المتشابهين والمصابين بالشيزوفرينيا .

خامسا : لوحظ وجود نقص في معدل تكرار وميض العينين (رمش العينين) في مرض الشيزوفرينيا مع وجود تناسب عكسي بين هذا المعدل وبين ارتفاع معدل نسبة وجود المونامين اوكسديز في الدم .

سادسا : افادت بعض النتائج الاختيارية بوجود مواد غير طبيعية من الغلوبيولين ، وهو من بروتينات الدم ، في بعض المرضى .

سابعا : بعض البينات عن وجود مواد كيماوية اشبه ما تكون بالمهلوسات وبان بالامكان عزلها في الادرار ، وبانها تعطي بقعة وردية بالفحص ، غير ان مثل هذه البقع تظهر في المرضى الذين يتناولون المواد المعقلة مهما كان مرضهم كما انها تظهر في الناس الطبيعيين والذين يشربون الشاي مما يجعل قيمتها التشخيصية مشكوكا فيها .

ثامنا : افادت الفحوص بان المرضى بالشيزوفرينيا وأقرباءهم من الدرجة الاولى يعانون من نقص او بطء في مقدرتهم على متابعة النظر الى هدف متحرك .

تاسعا : هنالك نقص في مقدار (حركة الفا) في تخطيط دماغ المصابين بالمرض . (Alpha activity)

التشخيص المقارن (بين الشيزوفرينيا وحالات مرضية مشابهة) :

قد يحدث التباس في الصورة المرضية مما يؤدي الى تشخيص المرض خطأ او اغفال تشخيصه او الابطاء في التوصل الى هذا التشخيص . ويحدث الالتباس في التشخيص في الحالات الحادة بشكل خاص او في الحالات الحدودية التي لم تتضح فيها بعد معالم المرض بصورة واضحة ومقنعة . ومن الامراض التي يمكن ان يلتبس مرض الشيزوفرينيا معها بعض الحالات الشديدة من الامراض النفسية كالافكار التسلطية والقلق غير الطبيعي والوسواس المرضي والهستيريا ومنها ايضا حالات الكآبة العقلية والكآبة التحولية In- volutrionnl Melancholia وحالات المانيا . كما يمكن احيانا الخطأ في تشخيص بعض الحالات العضوية

الدماغية وحالات التسمم والادمان العقاقيري وبعض حالات الصرع المعروفة بصرع السايكوموتور بانها شيزوفرينية . والنقاط التالية قد تكون ذات فائدة في التفريق بين المرض الشيزوفريني وبين هذه الحالات المرضية الاخرى . مع العلم بان ايا من هذه الحالات المرضية قد يوجد مع المرض الشيزوفريني وخاصة في الادوار الاولى من المرض .

التفريق عن المرض النفسي

ان اهم النقاط التي تفرق مرض الشيزوفرينيا عن الامراض النفسية بصورة عامة هي احتفاظ المريض ببصيرته وتماسه مع الواقع وبخلوه مع الهلاوس والاوهام في الامراض النفسية . اما الافكار التسلطية فقد تظهر كعارض في مسيرة المرض الشيزوفريني وقد تكون بداية له ، وتفرق هذه الحالة المرضية التسلطية على أساس انها تأتي على شكل نوبات متكررة تترك المريض بين النوبات في حالة طبيعية ، كما ان المريض يدرك بان الحالة مفروضة عليه ، وهو يقاومها ويشعر بسخفها بعد زوالها ، اما حالات الهستيريا فهي على العموم تتصف بالنوبات الطارئة والمحددة زمنيا ويتوفر فيها عادة غاية او مصلحة يسعى المريض الى تحقيقها عن طريق المرض وكل هذه المظاهر لا تتوفر في المرض الشيزوفريني . اما الوسواس المرضي فهو ايضا يتوفر في المرض الشيزوفريني غير انه في المريض الشيزوفريني لا بسبب الاهتمام المتواصل او محاولة جلب الانتباه من الغير كما هو الحال في الوسواس المرضي النفسي . ومن الامراض النفسية التي يصعب تفريقها عن الشيزوفرينيا الحالة المعروفة بالقلق الحاد غير الطبيعي Acute Pathological Anxiety ومظاهر هذه الحالة هي اقرب ما تكون للانفعال العاطفي المزاجي منها للمرضى الشيزوفريني الذي يتصف عادة بالجمود وقلة الاستجابات للاثارات والمواقف العاطفية .

التفريق عن الأمراض المزاجية :

وهنالك صعوبة قد تكون مستعصية احيانا في التفريق بين الشيزوفرينيا والأمراض المزاجية كالكآبة العقلية الكلاسيكية والكآبة الهياجية والكآبة التحولية وحالات المانيا بدرجاتها المختلفة . ويزيد من صعوبة التشخيص امكانية المشاركة في المريض الواحد بين عناصر الشيزوفرينيا والعناصر العاطفية المزاجية من كآبة او هياج او قلق ، وعلى العموم فان الامراض المزاجية كالكآبة والمانيا تقع بصورة مفاجئة او سريعة التطور على خلاف المسيرة التدريجية للشيزوفرينيا ثم انها تأتي عادة لفترة زمنية محددة ولا تخلف آثارا عند زوالها ، كما ان هنالك توافقا بين المظاهر المختلفة للأمراض المزاجية من سلوكية وفكرية وعاطفية وهو التوافق الذي لا يتوفر في المرض الشيزوفريني

التفريق عن الأمراض العقلية العضوية

ان التفريق بين الامراض العقلية المسببة عن اسباب عضوية وبين مرض الشيزوفرينيا فهو على لعموم اقل صعوبة وقلما يؤدي الى الالتباس ، غير ان هنالك اخطاء فاضحة في ممارسة بعض الاطباء ممن خصوا حالات من اورام او آفات الدماغ بانها شيزوفرينيا واخضعوا اصحابها لذلك للعلاج الكهربائي عواقب وخيمة على المريض . ولعل من اهم نقاط التفريق بين الشيزوفرينيا والمرض العقلي العضوي هو فر دلائل الاضطراب في الجملة العصبية كما تدلل عليها الاعراض العصبية ، وهي اعراض لا تتوفر في

مرض الشيزوفرينيا ، ثم ان اعراض النسيان وتدهور المقدرة الادراكية والتي تبرز في المرض العضوي العقلي لا تكون ان وجدت اعراضا في مرض الشيزوفرينيا،غير انه يجب ادراك ان بعض الحالات المرضية العضوية في الدماغ قد يكون من الصعب تفريقها عن المرض الشيزوفريني خاصة اذا كانت العلامات العصبية المدللة على المرض العضوي بدرجة بسيطة وغير واضحة ، ومما يساعد على التشخيص التفريقي ايضا الفحوص الشعاعية ومفرسة الدماغ وتخطيط الحركة الدماغية والتي قد تكشف جميعها عن وجود آفة عضوية في الدماغ .

تشخيص المرض في المراهقين والصغار :

تظهر في حياة بعض المراهقين والاطفال بعض الانفعالات التي لولا العمر لتشابهت تماما مع الاعراض والصور المرضية التي تستوجب عادة تشخيص الحالة المرضية بانها مرض شيزوفريني . ومع ذلك فان الاسراع في تشخيص مثل هذه الحالات وفي هذه السنين المبكرة من الحياة هو امر يجدر تجنبه الا بعد اعطاء الزمن الكافي لاثبات قيام الحالة المرضية . فالاطفال والمراهقون كما هو معلوم يمرون بادوار عاصفة من النمو بنتيجة عدم التوافق بين حاجاتهم وامكانياتهم وظروف حياتهم ، وقد يصاحب ذلك حالات شديدة من القلق والاضطراب العاطفي والسلوكي . ومتابعة معظم هذه الحالات مع مرور الزمن يفيد بانها تنتهي الى حالة من هدوء العاطفة والاستقرار النفسي . وقد يصعب تشوف المصير المرضي في الحالة الواحدة من اصابة الطفل او المراهق ، غير ان ارتباط الحالة المرضية بظروف وتجارب حياتية معينة والتوافق بين عاطفة المريض وبين تفكيره وسلوكه ووفرة الانفعال العاطفي كلها دلائل تشير الى الطبيعة الانفعالية لهذه الحالات المرضية وتقلل من احتمال كونها شيزوفرينية،غير ان انطواء المراهق وانعزاله وتجنبه للاتصال الاجتماعي واستغراقه بالخيال والتأمل واهماله لنفسه وواجباته وبرود حوافزه وجموده العاطفي كلها علامات لها ان تدلل على بداية المرض بالشيزوفرينيا ، غير ان هذه الاعراض كلها قد تكون مجرد تعبير عن فترة غير متوازنة في عملية النضوج النفسي ومواجهة الواقع .

ومن المشاكل التشخيصية هو ما يلاحظ في الاطفال احيانا من اضطراب في السلوك والاداء الفكري ، ومع ان بعض هذه الحالات قد تكون شيزوفرينية في طبيعتها او انها تنبىء بالتطور الى ذلك ، الا انه يقتضي تفريق مثل هذه الحالات وغيرها في الاطفال عن حا لات التخلف العقلي وعن الامراض العضوية في الدماغ وبعض الحالات الشديدة من المرض النفسي والتي تتسم بالقلق غير الطبيعي او ببرود الفعل الهستيرية او بالسلوك السايكوبائي .

محاذير التشخيص :

ان الاخطاء العديدة في تشخيص هذا المرض تدلل على الاستعجال في تشخيصه والافتقار الى قواعد تشخيصية مقررة وثابتة يتم تطبيقها بدقة للتوصل الى هذا التشخيص ، وفي الحالتين فان الخطأ قد يكشف عن نقص في خبرة القائم بالتشخيص ونقص في علمه وتدريبه ، وقد بينا بعض مظاهر هذا النقص والحاجة الى تلافيه في اكثر من مكان في هذا الكتاب . ولعل من اكثر الدلائل على مثل هذا النقص ، واكثرها مأخذا على مهنة الطب العقلي هو ما نشره روزنهان بصدد ثمانية اشخاص ادعوا المرض العقلي

ودخلوا الى مستشفيات مرموقة مختلفة في الولايات المتحدة وادعى كل واحد منهم بشكوى واحدة وهي سماع صوت يردد : (فارغ) أو (ضربة) ، وقد شخصوا جميعهم ما عدا واحدا منهم فقط بأنهم مصابون بمرض الشيزوفرينيا ، مع ان شكواهم بالهلوسة السمعية كان ادعاء ، كما انهم لم يشتكوا من اي عارض مرضي اخر . وقد افاد روزنهان بأن ملاحظة هؤلاء في المستشفى والمعلومات المدونة عنهم واسلوب علاجهم كلها قد اعتمدت على هذا التشخيص الأولي ، وجاءت كل هذه الاجراءات لكي تتوافق مع هذا التشخيص .

اكثر دقة واكثر تبريرا للتشخيص . ولعل من اهم هذه القواعد في رأينا هو التريث في تشخيص الحالات التي تظهر بصورة حادة وخاصة اذا كانت الخلفية لسمات الشخصية هي خلفية طبيعية او اقتران الانفعال المرضي بسبب واضح ، ويفضل الانتظار لمدة ستة اشهر على الاقل قبل الاقدام على تشخيص المرض ، ومثل هذا الاحتراز يجب تطبيقه خاصة في الانفعالات المرضية المشابهة للشيزوفرينيا والتي قد تحدث في سن الطفولة والمراهقة ، ذلك انه كما بينا آنفا فان مثل هذه الانفعالات قد تزول نهائيا بعد تجاوز مراحل الشدة وعدم التوافق في حياة الطفل او المراهق . ومما يجب الاحتراز منه ايضا هو الاقدام على تشخيص المرض الشيزوفريني بناء على توفر عارض واحد فقط من هلوسة او اضطراب في السلوك ، ذلك انه يقتضي توفر البرهان على تصدع شامل في كيان الشخصية لاثبات ذلك ، واخيرا فان الخطأ الذي يجب محاذرته هو الاقدام على تشخيص المرضى من مجرد الافادة التي يعطيها الاهل او الاقارب عن حالة المريض،فمع اهمية ما يمكن الحصول عليه من معلومات من هذه المصادر ، الا ان المريض نفسه يظل في تفكيره وسلوكه وعاطفته وفي شخصيته الكلية المصدر الأهم للتوصل الى التشخيص الصحيح للمرض ، ولهذا يقتضي صرف اطول مدة ممكنة من الزمن لرصد جميع ظواهر المرض ومتابعتها في المريض نفسه .

ان ممارسة اعظم قدر من المحاذرة في تشخيص المرض الشيزوفريني هو امر لازم في كل حالة مرضية يشتبه بانها شيزوفرينية ، ولعل من الاوفق بكثير ان لا تشخص الحالة الشيزوفرينية بانها شيزوفرينية من ان يحدث العكس وتشخص الحالة غير الشيزوفرينية او المشتبه فيها بانها شيزوفرينية . ومع انه قد لا يكون هنالك اي فرق جوهري في العلاج سواء شخصت الحالة بانها شيزوفرينية اوغير شيزوفرينية ، الا ان الخطأ في تشخيص الحالة بانها شيزوفرينية هو خطأ بالغ بالنظر لما يمكن ان يترتب عليه من آثار واضرار وتعقيدات في نطاق الحياة الزوجية والعائلية والاجتماعية ، للمريض ، وما قد يترتب على ذلك من اثار في مجال القانون والعمل والدراسة وغيرها من المجالات ذات العلاقة بالمرض الشيزوفريني .

الخلاصة :

يتضح مما بيناه بان عملية تشخيص مرض الشيزوفرينيا قد مرت بادوار عديدة وخاصة في المئة سنة الاخيرة منذ ان حدد كربلاين الحالة المرضية وسماها (بالخرف المبكر) ومنذ ان قام بلولر بتسمية الحالة المرضية بالشيزوفرينيا وعين اعراضها الاساسية الاربعة . وعبر السنين التي تلت جرت محاولات عديدة ومتتالية لتحديد الاعراض والصور المرضية التي تأتي عليها والتي تستوجب تشخيص المرض ، ومع توفر هذه الاعراض الا ان الاسلوب الطبي في التشخيص ظل مدة طويلة وحتى الان في الكثير من الحالات يعتمد على الطريقة (الالهامية) في تشخيص المرض ، وهي طريقة سريعة تعتمد على الخبرة الكلية للطبيب

وعلى شعوره التلقائي بان مريضه يقع في نطاق المرض الشيزوفريني ، وهذه الطريقة مع بعدها عن الاسلوب العلمي ، الا انها مع ذلك تتوافق الى حد عجيب مع التشخيص الطبي البطيء والذي يتم بعد جمع المعلومات والملاحظات الطويلة والدقيقة عن المريض ومرضه . ورغم هذا التوافق الا ان هنالك امكانيات كثيرة للخطأ في التشخيص سواء جاء الخطأ بسبب السرعة في التوصل اليه او جاء بعد دراسة طويلة ، والخطر في مثل هذا الخطأ بالغ الاهمية ذلك ان من الممكن اغفال تشخيص حالات كثيرة في ادوارها الاولى مما يضيع على المريض فرصة العلاج السريع وتفادي وتفاقم الحالة المرضية ، والخطر الثاني يكمن في امكانية تشخيص حالات غير شيزوفرينية بانها شيزوفرينية وهو امر له مردودات بالغة الاهمية على واقع المريض ومستقبله وموقعه الاجتماعي ، ولهذه الاسباب باتت الحاجة ماسة لتطوير اساليب جديدة في التشخيص تجعل من الممكن حصر التشخيص الى اقل درجة ممكنة من الحالات المصابة فعلا بالمرض الشيزوفريني . وفي اتجاه تحقيق ذلك ابتكرت اساليب جديدة اشرنا اليها في هذا الفصل والتي ساعد تطبيقها على الوصول ليس الى درجة اعلى وادق في التشخيص فقط وانما الى توافق اعظم بين الاصباء في نتائج التشخيص، ورغم هذه النتائج الايجابية لطرق التشخيص المحسنة الا اننا ما زلنا نفتقر الى طريقة تشخيصية اكثر استنادا الى القواعد العلمية والتوصل الى مثل هذه الطريقة يبدو بعيدا او غير وشيك على افضل تقدير . فالتشخيص الموثوق والاكيد يتطلب التوصل الى السبب ، ومثل هذا السبب ما زال غير واضح في مرض الشيزوفرينيا ، ثم ان الصورة المرضية تختلف بين مريض واخر وحتى في المريض نفسه بين حين وآخر مما يجعل من الصعب حصر المرض في صورة واحدة يعتمد عليها كنموذج في العملية التشخيصية ، وهي الصعوبة التي ادركها بلولر في مطلع هذا القرن عندما اطلق على المرض : الشيزوفرينيات Schizophrenias بالجمع بدل المصطلح المفرد شيزوفرينيا ، وهكذا فالى ان يتم اكتشاف سبب المرض ، فسيظل الاجتهاد قائما في موضوع التشخيص ، وسيظل التشخيص الى حد بعيد عملية تشخيصية خاصة يقوم بها الطبيب باجتهاده الخاص وله في هذه العملية حظه من الخطأ او الصواب مع ما يترتب على ذلك من معاناة للمريض وعائلته ، وهي المعاناة التي تقتضي منتهى الحذر والتأني والتأكد في عملية التشخيص .

القسم السابع

علاج الشيزوفرينيا

الطرق العلاجية القديمة :

اقوام العصر الحجري، الاقوام البدائية
حضارة ما بين الرافدين
الحضارة الفرعونية
الحضارة التوراتية، الحضارة الأغريقية
الحضارة الرومانية.
الحضارة الهندية، الحضارة الصينية
العصور الوسطى المظلمة

الحضارة العربية الاسلامية
عصر النهضة (الرينسانس)
العصور الحديثة .

طرق العلاج الحديثة

العلاجات المادية :

١ ـ علاج الصدمة ـ الكيمياوية والكهربائية
انواع الصدمة الكهربائية
تقييم علاج الصدمة
٢ ـ علاج الغيبوبة الانسلونية
٣ ـ علاج الجراحة النفسية

٤ ـ العلاج الدوائي

مجموعات الادوية المعقلة

الادوية طويلة أمد الفعل

العلاج المنوم

الاثار الجانبية للعلاج الدوائي

العقاقير المضادة الكولونية ومضادات الباركنسون

الحصيلة العلاجية للادوية المعقلة

٥ ـ العلاج الوقائي

ـ الوقاية من الانتكاسات المرضية

ـ الوقاية من المرض للمؤهلين للاصابة

ـ الوقاية من المرض اجتماعيا

٦ ـ العلاج الغذائي

ـ الفيتامينات

ـ علاج النقص الجزئي المستقيم

الكوكتيل العلاجي

٧ ـ العلاج النفسي

٨ ـ العلاج المحيطي

في المستشفى ، العلاج الاجتماعي ، في مجال الدراسة

٩ ـ علاج الدور الاساسي

١٠ ـ العلاج العائلي

١١ ـ العلاج المعنوي

١٢ ـ العلاج السلوكي

١٣ ـ طرق علاجية اخرى

اختيار الوسيلة العلاجية

الطرق العلاجية القديمة

لما كان مرض الشيزوفرينيا مجهول الاسباب من ناحية ، ومتعدد الصور والدرجات المرضية من ناحية اخرى ، فهو لذلك يتطلب من الوسائل والطرق العلاجية اكثر واوسع بكثير مما تتطلبه امراض اخرى معلومة الاسباب محددة الأعراض والاشكال . والنظر في الوسائل العلاجية المستعملة في علاج هذا المرض تكاد تشمل كل وسيلة علاجية من الوسائل المستعملة في علاج الأمراض العقلية والنفسية إن لم تكن كلها . ولكثرة تنوع هذه الطرق ، فانا نختصرها في ثلاث وسائل علاجية رئيسية هي : العلاج المادي ، والعلاج النفسي والعلاج المحيطي ، وهذه الوسائل ليست وسائل بديلية بحيث يمكن اختيار الواحدة منها بدل الأخرى ، بل انها وسائل تكاملية ، يقتضي توفرها بقدر او آخر ضمن خطة علاجية شاملة للمريض ، وذلك من اجل تحقيق اعظم قدر ممكن من النتائج الايجابية . وقد افادت الدراسات العديدة بان اعتماد الاسلوب العلاجي المتكامل والشامل له أن يؤدي الى نتائج اكثر ايجابية من اعتماد طريقة علاجية فردية مادية كانت او نفسية او اجتماعية .

هذا وبالرغم من النتائج العلاجية ايجابية كانت او سلبية فانا ما زلنا لا نعلم حتى الان لماذا تأتي هذه النتائج في اتجاه أو آخر ، ولماذا تؤثر في حالة مرضية شيزوفرينية ولا تؤثر في حالة اخرى ، وكل ما يمكن استنتاجه حتى الان هو ان العلاج هو على العموم اكثر ايجابية في تلك الحالات التي من طبيعتها ان تستجيب للعلاج ، وربما كانت هذه هي عين الحالات المرضية التي تحمل امكانية الشفاء او درجة منه على المدى القصير او الطويل وحتى بدون علاج . غير ان هذا لا ينفي ان للعلاج فعلا اضافيا فوق ذلك في حسر او تخفيف بعض الأعراض المرضية ، حتى ولو فشل العلاج في اجراء تحوير جذري في المسيرة المرضية . وفيما يلي بيان لاهم الطرق العلاجية المستعملة في علاج الشيزوفرينيا وهي : الطرق المادية او الفيزيائية (علاج الصدمة ، والغيبوبة الانسلونية والجراحة النفسية ، والعلاج الدوائي) والطرق المحيطية ، والتي تهدف الى تبديل او تعديل الظروف الحياتية والمحيطية للمريض،واخيرا الطرق العلاجية النفسية ، وهذه الطرق الأخيرة تشمل كل وسيلة علاجية غير مادية يمكن لها ان تؤثر في الحياة النفسية للمريض بصورة ايجابية وتساعد على الوصول الى درجة اعظم من الشفاء والفعالية الاجتماعية .

هنالك ما يبرر الافتراض بان الأمراض العقلية حالها حال الامراض الجسمية قد اصابت الانسان

منذ الأدوار الأولى للخليقة ولعل المرض العقلي الشيزوفريني ، مهما كانت الاسماء التي نعت بها ، قد كان كما هو حتى الان اكثر الامراض العقلية وقوعا ، وهناك ما يؤيد هذا الاستنتاج من أوصاف تـاريخية قـديمة لحالات مرضية يمكن تشخيصها الان على أنها حالات مرضية شيزوفرينية . اما علاج هذا المرض وغيره من الحالات المرضية العقلية فقد تلون وتطور طبقا لمفهوم هذه الأمراض والمعتقدات السائدة عن اسبابها . وفيما يلي خلاصة عن الوسائل العلاجية التي استعملت في المجتمعات والحضارات الانسانية القديمة وحتى بداية العصر الحديث بوسائله العلاجية الحديثة .

أقوام العصر الحجري :

ربما كان الانسان الحجري ، حاله حال الاقوام البدائية المعاصرة وحال أقوام تـاريخية حضـارية اخرى ، قد آمن بوجود قوى خارقة في الطبيعة تسيطر عليه وتتحكم بمصيره وتبعث اليه بالصحة او المرض وبأنه عالمه مليء بالأرواح والشياطين التي لها ان تنزل في جسمه وان تعذبه بالمرض سواء كان المرض جسميا او عقليا . ومع اننا لا نملك بينة موثوقة عن معتقدات الانسان القديم بشأن الأمراض العقلية وعلاجها ، الا ان هنالك بعض الآثار التي قد تكون فيها الدلالة على ذلك . فقد اكتشف علماء الاثار الكثـير من الجماجم في بلدان عديدة منها النمسا وفرنسا وبولونيا واسبانيا وروسيا والمانيا ، والتي تعود الى العصـر الحجري وتظهر هذه الجماجم فتحات مربعة او مستديرة او بيضاوية الشكل ، وهي اما مفردة او متعددة في الجمجمة الواحدة . وقد أثار هذا الاكتشاف عدة تأويلات منها ان العمليات قد اجريت على جماجم من ظن بأن لهم قوة خارقة وبان العظام المبتورة قد استعملت كرقـي يعلقها الفرد حول معصمه او في رقبته لتقيه من فعل الارواح الشريرة ، وهنالك الرأي الذي يقول بان هذه الثقوب قد فتحت لتسهل خروج الارواح الشريرة من رؤوس المصابين بمس من الشياطين ، وقد أيد هذا الرأي الاخير ما تبين بأن مثل هذه العمليات ظلت تجري في بعض القبائل البدائية حتى نهاية القرن الماضي ، وانها استعملت كوسيلة علاجية لأمراض متعددة منها الصرع والمرض العقلي ، اما استعمال قطع العظام كرقي فيمكن تفسيره بأن الانسان القديم قد نظر الى الذي تخلص من الشيطان بانه رجل خارق القوة ، وهذا يجعل من قطعة العظام المبتورة من رأسه تملك قوة تقيه من افعال الشياطين .

الأقوام البدائية :

لا تتوفر لنا بينات مكتوبة وموثوقة عن الوسائل العلاجية للامراض العقلية التي اتبعتها الاقـوام البدائية في العصور القديمة غير انه يمكن التعرف على هذه الوسائل من مصدرين: اولهما من انتقال هذه الوسائل عبر العصور الى التقاليد العلاجية للعصور الحضارية التي تلت هذه العصور البدائية وهو الذي ما زلنا نشاهد بعض اثاره في الاساليب العلاجية لبعض الحضارات حتى يومنا هذا ، اما الثـاني فمصدره الممارسات العلاجية التي تقوم بها بعض الاقوام البدائية التي ما زالت موجودة حتى عصرنا الحاضر والتي يفترض بانها ظلت على ممارساتها العلاجية منذ اقدم العصـور حتى الان، ويمكن الاستدلال من هـذين المصدرين بان الانسان البدائي في تفسيره للامراض لم يضع فرقا بين اسباب الأمراض الجسمية والامراض العقلية ، كما كان يرى بان المرض جسميا كان او عقليا انما يصيب الانسان بأكمله وبأنه يمثل مصيبة تحل به . ونظر الانسان البدائي الى المرض بانه ناجم عن سبب او آخر من الاسباب التالية وهي : مكائد الغير

والخروج على مجموعات العقائد المتعارف عليها وارتكاب الاثم اما مباشرة او نتيجة اثم ارتكبه الاسلاف . اما المرض ذاته فانه ينجم عن تملك الجسم بروح شريرة او بهجره الروح من الجسم وضياعها او بزرع مادة ضارة في الجسم ، ويتخذ العلاج اساليب مطابقة لهذه المفاهيم عن المرض واسبابه ، فالذي يقوم بالعلاج هو رجل عرف بالخبرة والمقدرة والعلم ويتمتع بمكانة اجتماعية مرموقة كما انه يتمتع بثقة المريض ، ويسمى باسماء مختلفة منها الطبيب الساحر او الشمان وغيرها من الأسماء . وتمارس الطقوس العلاجية في ظروف خاصة اعدت لتكون مشحونة بالايحاءات النفسية ، ومن اهم هذه الظروف توفير الطقوس العلاجية العلنية والجماعية وممارسة الرقص والموسيقى والغناء والاناشيد والتدخين والبخور والشراب وتقديم الهدايا والقرابين . وفي الحالة التي يشخص بها المريض بأن روحه قد سرقت منه وهاجرت عنه الى مكان قصي مجهول ، فان على الطبيب الساحر أن يضع نفسه في غيبوبة يرحل خلالها باحثاً عن هذه الروح وإعادتها لجسم المريض ، وهو يفعل ذلك باثباتات كلامية وفعلية تؤكد استرداد الروح لصاحبها . وفي تشخيص المريض بان حالته ناجمة عن ذنب ارتكبه بنفسه او ارتكب من احد اسلافه فان العلاج يتطلب منه الاعتراف والتكفير عن ذنبه بتقديم التضحية والعطايا والقرابين ، اما اذا كان المرض مسببا عن وجود مادة ضارة في الجسم فان التخلص منها يكون بالتطهير بالماء او بوسائل اخرى لتخليص المريض منها ، اما اذا كان المرض ناجما عن تملك الجسم بأرواح شريرة وشيطانية فان التخلص منها قد يتم بوسائط ميكانيكية او بمحاولة نقل هذه الارواح الى اجسام اخرى حيوانية بدلا عن جسم الانسان او بممارسة الطقوس السحرية التي قد تجبر الارواح الشريرة على ترك المريض او باستعطافها لكي تترك المريض ، او باستعداد قوة اعظم وتغليبها عليها .

حضارة ما بين الرافدين :

لا تتوفر لنا حتى الان اية نصوص عن الاساليب العلاجية التي اتبعت في علاج الامراض العقلية في الحضارتين السومرية والاكدية ، والنصوص المتوفرة منها تعود الى عهد الحضارة البابلية والتي يمكن اعتبارها امتدادا لممارسات مماثلة قامت في العهود السابقة لها ، ويتضح للباحث ان الكهنة في المعابد هم الذين كانوا يقومون بالعمليات العلاجية ، وبأن هذا الكاهن الذي كان يقوم بالعلاج سمي (ماسماثو) او (اشيبوا) ومعناه الكاهن الذي يقرأ التعاويذ،ولعل هذه التسمية تتساوى بعض الشيء مع (المعزم) كما يعرف الان ، وهو الذي يقوم بعمل علاجي مماثل في بعض المجتمعات المعاصرة وهو عادة من رجال الدين او يتخذ صفة دينية ، وقد اعتبر الكاهن في ذلك الزمن رجلا استمد قوته من صفته الدينية كما استمدها من ادعائه الصلة بالهة السحر ، وكان يلبس الرداء الاحمر اثناء ممارساته العلاجية لاعتقاده بان هذا اللون يقي من الارواح الشريرة ، كما كان يلبس جلدا يشبه جسم السمكة تدليلا على صلته الوثيقة بالاله (ايا) اله المياه والهاوية . وكان العلاج يتم في مراسيم خاصة يقوم فيها الكائن المعالج نيابة عن الالهة بدعوة الشياطين والعفاريت لكي تتوقف عن ايذاء الفرد الذي حلت في جسمه او تجريدها من قوتها او بطردها من جسد المريض . وقد شملت الطقوس العلاجية تقديم العطايا والقرابين والرقص والموسيقى وانشاد الترانيم وحرق البخور وغيرها من المواد لطرد الشياطين واشعال النار لحرقها حال مغادرتها لجسم المريض ، ولم تكن هذه الطقوس

تستهدف الشياطين مباشرة فقط وانما استهدفت اثارة استعطاف الالهة وعونها في نجدة المريض ومعاونته على التخلص من هذه الشياطين ، وفي بعض الحالات كان الكاهن يقوم بمحاولات تفاوضية مع العفاريت ليضمن جلاءها عن جسم المريض مقابل عطاء معين او بتهيئة حيوان آخر تنتقل اليه ، وكان الكاهن يقرأ قائمة بمفردات الهدايا والعطايا التي تقدم للعفريت مقابل تخليه عن جسم المريض . ومن الطريف ان الكاهن المعالج كان يمارس الطريقة الاستقرائية في العلاج فكان ينطبق بشتى انواع الذنوب الممكنة التي يمكن ان يكون قد ارتكب المريض واحدا منها،فاذا اقر المريض بواحد منها استدل الكاهن من ذلك على اسم العفريت المسيطر على المريض والمتخصص بعقاب ذلك الذنب ثم حاول التفاوض معه او الطلب من الآلهة العون على طرده ، وهو اسلوب فيه شبه عظيم ببعض الاساليب العلاجية البدائية المعاصرة .

الحضارة الفرعونية

آمن المصريون القدماء بوجود الشياطين وبفعلها في تسبيب الامراض وقد لجأوا لذلك الى ممارسة الطرق العلاجية التي تضمن لهم طرد هذه الشياطين او التخلص منها واستعملوا لذلك التمائم والحروز والرقي والتي كانوا يضعونها حول العنق او القدم او الاصبع الأكبر للقدم كما لجأوا الى استعمال الحبل ذي العقد واختاروا سبع عقد لهذا الغرض ، ولعل هذا التقليد قد اصبح اساسا لممارسات سحرية فيما بعد كالنفث في العقد . ومن اساليبهم الاخرى انشاد الترانيم والادعية والتي منها القول : (مرحى للدواء ، مرحى ، العلاج الذي يطرد ما في قلبي وما في اطرافي) وقد اكد المصريون القدماء على العلاقة الوثيقة بين المرض وبين ارواح الموتى وخاصة الفراعنة ، ومارسوا لذلك اسلوب تنويم المريض لتحقيق هذه الصلة والاستفادة منها علاجيا كما اهتموا بتفسير الاحلام . وعلى العموم فان اسلوبهم العلاجي قد هدف الى دمج العناصر الجسمية والنفسية والروحية وذلك عن طريق التشبه بقوى ايجابية وبناءة ، غير انهم استعملوا ايضا السحر والعمليات الجراحية والعقاقير والتعقيم والبخور والتطهير بالماء المقدس .

الحضارة التوراتية

ورد في التوراة القديمة من النصوص ما يشير الى ان المرض العقلي هو عقاب من الله يقع به على الذين يخرجون عن اطاعة قوانين الرب ، وهكذا نظر الى المريض بعقله بانه مسكون من الارواح وبانه يقتضي رجمه حتى الموت ، وقد ورد ما يؤيد ذلك مما اشارت اليه التوراة في تفسير اصابة شاؤول بالجنون بالقول : (ان روح الرب قد هجرت شاؤول ، ثم ارسل الرب روحا شريرة لترعبه فجأة) . وفي التلمود لا يرد الجنون الى فعل القوى الخارقة من شياطين او ارواح شريرة وانما يفترض وجود اضطراب عقلي ، واعطي من اسباب هذا الاضطراب الوراثة والاسباب الفيزيولوجية والقذارة والكسل ، والعلائق ا..سية ، وكل هذه ترد بالنهاية الى احد سببين ، اما بفعل القدر المقرر بارادة الهية للاصابة بالجنون ، او كعقاب على ذنب ارتكبه الفرد . اما علاج هذه الأمراض ، فقد جاء ليناسب هذه المعتقدات، وتم اما برجم المريض، أو كما كان الحال في فترة لاحقة، بمحاولة تخليصه من ، رواح الشريرة بطريقة اسلم . ومما تجدر الاشارة اليه هو ما اشارت اليه التوراة من استعمال الموسيقى كوسيلة لتخليص المريض واعطائه حالة السكون والهدوء .

الحضارة الاغريقية :

توافقت الاساليب العلاجية في الحضارة الاغريقية مع المعتقدات السائدة عن اسباب الامراض العقلية . فالمدرسة الهومرية (نسبة الى هوميروس) لم تفرق بين العقل والجسم واعتبرت الامراض العقلية مسببة عن قوى خارجية ، ولهذا اتجه العلاج الى محاولة التخلص من هذه القوى . وبتأثير هذه المعتقدات انتشرت معابد لاله الطب اسكيلا بيوس ، وقام رهبانها بعمليات العلاج والتي كانت تتم مراسيمها بعدة خطوات ، فالمريض يحج الى المعبد محملا بالعطايا والقرابين ، وقبل ان يدخل المعبد يترك ما جلبه على الباب ويقيم في مكان بالقرب من المعبد لكي يحلم بالاله الذي سيشفيه ، وقبل الدخول الى داخل المعبد يقتضي ان يمر بدور تطهيري فيغسل اقدامه وجسمه ثم يطيب جسمه بروائح وابخرة خاصة ثم يدخل المعبد ، وفيه يشارك المريض باحتفال جماعي ديني تنشد فيه الاناشيد والترانيم . وفي نهاية المراسيم يسمع المريض ما تنبىء به النبوءة على لسان الكاهن ، وهي الخطوة الأخيرة من العملية العلاجية والتي لها ان تشفي المريض ، اما اذا لم يشفَ ، فما ذلك الا لأنه عصى النبوة ولم يعمل بموجبها .

غير ان التقدم الفعلي في علاج هذه الامراض قد حدث في زمن ابقراط ، والذي كان اول من فند الاراء السائدة في عصره والتي تفيد بان القوى الخارجية السماوية هي المسببة للمرض ، وعزاها بدلا من ذلك الى فعل امراض عضوية تصيب الدماغ ، وبان ذلك يحدث عادة عند فقدان التوازن بين الاخلاط الجسمية ، ونتيجة لهذه الآراء الرائدة فان العلاج قد تحول الى اساليب مادية والتي استهدفت رد التوازن بين اخلاط الجسم وبالشكل الذي يتلاءم مع اعراض الحالة المرضية وذلك عن طريق الغذاء والشراب المناسب والحمية والمسهلات والمقيئات ، وهي الطرق العلاجية التي كان لها تأثيرها على الممارسات العلاجية في ازمان لاحقة من التاريخ .

الحضارة الرومانية :

اعتقد اسكلبيادس Asclepiades في القرن الأول قبل الميلاد بان المرض العقلي ينجم عن الاضطراب العاطفي . وحاول اراحة المريض عن طريق استعمال الارجوحة ، وهي طريقة استعملت في اليونان من قبل،كما انه اوصى باستعمال الحمامات والتي عرف منها في زمنه اكثر من مئة نوع ، كما انه اشار بفائدة التناغم الموسيقي والصوتي كوسيلة علاجية ودعا الى تجنب الظلمة للمريض وعارض في اللجوء الى فصد الدم من الوريد كما عارض اسلوب زج المريض في الزنزانات والكهوف وحجره فيها .

اما سورانوس من بعده فقد اهتم بالنواحي الانسانية في علاج المريض فنهى عن تكبيل المرضى وتقييدهم واوصى بوضع المريض الهائج في غرفة معتدلة الضوء والحرارة مع توفير الهدوء ، ونهى عن تعليق الصور على الجدران واوصى بان يوضع المريض في الطابق الارضي خشية ان يرمي بنفسه من طابق اعلى ، ونهى عن الزيارات المتكررة خاصة زيارة الغرباء ، ونصح بما يجب ان يقرأ للمرضى ومتى ، وذلك طبقا لمهنهم وميولهم وحالتهم المرضية ، كما انه نهى عن العلاقة الجنسية اثناء المرض ، وحجته في ذلك هو ان الكبت الجنسي قد يسبب الهياج لصاحبه ، غير ان العلاقة الجنسية قد تؤدي الى هياج اعظم خاصة وان المريض قد يلح بممارستها .

الحضارة الهندية :

ان اقدم النصوص الهندية المتعلقة بالامراض العقلية تشبه الى حد كبير المعتقدات البدائية بشأن هذه الامراض وبانها ناجمة عن امتلاك الفرد من قبل ارواح شيطانية ، غير ان سوسراتا Susruta الـذي عاش قبل ابقراط بقرن من الزمن كان يعتقد بان الرغبات والعواطف الشديدة يمكن لها ان تسبب ليس فقط الأمراض العقلية وانما بعض الأمراض الجسمية ايضا . وطبقا لاحد التعاليم الهندية فان العقل (ماناس manas) يوجد في القلب وله أربع وظائف وهي : التنسيق بين الحواس ، والسيطرة على ذاته ، والتفكير والحكمة . اما المبدأ الرئيسي للصحة فهو التوازن الصحيح بين العناصر الخمسة (بوثاس Buthas) وبين الاخلاط الثلاثة (دوساز Dosas) والتي توجد في عدة مستويات وهي : المستوى الجسمي والفيزيولوجي والسايكولوجي واخيرا الروحي ، وهذا المستوى الاخير هو حالة النعمة والذي هدفه النهائي هو الهدوء . فعندما تؤثر الاخلاط في الدماغ ومن ثمة تصيب القلب فان الفهم يتعطل وهذا يؤدي الى الجنون . وقد اتجه العلاج نتيجة مثل هذا الرأي الى محاولة استرداد التوازن بين الاخلاط ، وادى ذلك الى استعمال العديد من المستحضرات لتغيير القائم من المعادلات المضطربة لهذه الاخلاط ، ومن المستحضرات المستعملة لذلك هي مختلف الاطعمة والاشربة والخلاصات النباتية ، ولعل من اهم هذه الخلاصات نبتة راولفيا سربنتينا والتي استخلص منها في العصر الحديث علاج ضغط الدم (سربسيل) وامثاله وهو المستحضر الذي استعمل في الخمسينات في علاج مرض الشيزوفرينيا والذي استعمل لغرض علاج الامراض العقلية لقرون عديدة سابقة من الزمن وسمي بالسنسكريتية (ساربا جاندة) وقيل في فعله في الكتب القديمة بانه فعال في اعطاء نوم هادىء وراحة للفكر وهو يزيل الأرق والجنون وسورة العاطفة وخلل الادراك والاوهام . ومن الوسائل العلاجية الاخرى الفصد والمسهلات والمقيئات وطرق التطهير والحمية والترانيم والرقي والقرابين والصلوات وزيارة المعابد والمزارات ، كما استعملت الثعابين لاثارة شعور الخوف ، وغيرها من الوسائل التي نجد لها شبها في الممارسات العلاجية الاغريقية كما نجد اثرا لها في الممارسات العربية الاسلامية .

الحضارة الصينية :

ان اهم ما تميزت به الحضارة الصينية القديمة فيما يتعلق بالامراض العقلية يرتبط بالمعتقدات المتعلقة بالقوى الكونية : وهي التاو Tao وتعني الطريق والتي تتكون من القوى المتضاربة وهي : الين Yin واليانج Yang وهما على التوالي قوة الانثى وقوة الذكر وهما القوتان اللتان هما في حالة التوازن بين الابتعاد والانجذاب ، ومن العناصر الخمسة (الماء والنار والخشب ، والمعدن والتراب) وهي العناصر التي جلبتها عملية الخلق لكل من الين واليانج . والمعتقد الصيني هو ان الين واليانج يحملان ميزان الحياة النفسية وبانهما متوزعتان بالتساوي في انحاء الجسم وان هذا الميزان اذا اختل بنتيجة ارتكاب الفرد لفعل اخلاقي ينحرف فيه عما هو مقرر في التاو او في الطبيعة والمجتمع ، فان المرض العقلي يصيب الفرد . كما ان بالامكان رده الى حالته الطبيعية باستعمال غرز الابر او الاعشاب المحروقة على ظاهر الجسم .

العصور الوسطى المظلمة :

تمتد فترة العصور الوسطى ، من الناحية الطبية على الاقل ، من زمن جالينوس في القرن الثاني بعد

الميلاد وحتى عهد فازيليوس في القرن السادس عشر (ب . م) وتعتبر هذه الفترة عصرا متأخرا في النواحي الطبية بالنظر لما سادها من معتقدات عن السحر والتنجيم والارواح الشريرة، غير ان هذه المعتقدات عن اسباب الامراض العقلية لم تكن في حد ذاتها نقطة التخلف في هذه العصور، وانما ما ترتب على هذه المعتقدات وخاصة ما تعلق منها بالارواح الشريرة والسحر من قسوة وشدة على المصابين لم يشاهد تاريخ الامراض العقلية مثلها في اي فترة زمنية اخرى. فالمريض اعتبر مصابا بمس من الشيطان او انه ساحر، مما اقتضى تخليصه مما تملكه، وهو الخلاص الذي كثيرا ما ادى الى تعذيبه وتجويعه وسجنه وحتى حرقه بهدف طرد او اهلاك الروح التي استوطنته.

ولم تكن وسائل العلاج للامراض العقلية بمثل هذه القسوة في جميع فترات العصور الوسطى او في كل بلدان اوروبا،ذلك ان الطرق العلاجية التي استعملت في زمن ابقراط وجالينوس وفي الطب العربي بعدهما قد استعملت أحيانا في هذه العصور، ومن هذه فصد الدم والمسهلات والحمية والتغذية المناسبة لاضطراب الاخلاط، ومن الوسائل الاخرى اجراء عملية فتح ثقوب في الرأس «التربنة Trephine» وذلك لتمكين الروح المؤذية من الخروج من الرأس، كما مارسوا شق الجلد على شكل صليب امعانا في جلبه الرحمة للمريض. ومن الوسائل العلاجية التي استعملت لهذه الامراض وضع المريض في ارجوحة معلقة، وضمان السكون والهدوء،ومنها تعريضه للضوء ووضعه في محيط مرح ولطيف يعبق بالعطور.

ان اهم ما يسترعي الانتباه في ممارسات العصور الوسطى خاصة تلك التي اتسمت بالقسوة والايذاء للمرضى، انها قامت في الوقت الذي كان فيه العرب في كل من المشرق العربي وشمالي افريقيا والاندلس يعالجون ويعاملون مرضاهم في ظروف علاجية تعتبر كما عبر عن ذلك احد الكتاب الغربيين (متقدمة بأي مقياس). وقد كان للطرق العلاجية العربية في هذه الاماكن تأثير كبير على الطرق الاوروبية في العلاج وان كان هذا التأثير بطيئا في فعله بالنظر لاختلاط مفهوم الامراض العقلية بالمفاهيم الدينية في الحضارة الاوروبية في ذلك الزمن، مما اعاق التقدم في فهم هذه الامراض وعلاجها الصحيح، ومع ذلك فان معظم التحول العقلاني والانساني في علاج هذه الامراض في نهاية العصور الوسطى قد جاء بفعل التأثير العربي الاسلامي على الشعوب الاوروبية التي كانوا على تماس معها.

الحضارة العربية والاسلامية :

لا نعرف الكثير عن الامراض العقلية وعلاجها قبل فجر الاسلام وان كان المعروف ان العرب قبل الاسلام كانوا يعتقدون بان الموت والحياة هي دورة متواصلة وقد اهتموا لذلك بعالم الحياة بعد الموت. وفي تعليلهم للامراض العقلية، فانهم عزوها الى فعل القوى الخارقة مما هو فوق الطبيعة غير انهم كانوا يعتقدون ايضا بفعل القوى الطبيعية المادية وتأثيرها على العقل. غير ان الاسلام والحضارة الاسلامية العربية التي انبعثت عنه قد كان لهما تأثير عظيم على التوجه الانساني وحتى العلمي نحو فهم هذه الامراض وعلاجها. ومما يروى عن النبي قوله بان الله يحب من أصيب بعقله، ولهذا توجه المسلمون الى الرأفة والعطف على المريض، وكان من شأن ذلك ان الاطباء قد توجهوا نحو رعاية المرضى وعلاجهم في افضل الظروف وباحسن الوسائل العلاجية المتوفرة وانشئت لذلك البيمارستانات لعلاجهم كما افردت لهم اجنحة خاصة ضمن المستشفيات العامة والتي الحقت بها عيادات خارجية ومدارس طبية وذلك في بغداد

منذ القرن السابع للميلاد وفي اوج الحضارة الاسلامية والعربية في بغداد وحلب والشام والقاهرة وفاس وفي الاندلس،ولم يأخذ الاطباء العرب بفكر الشياطين والسحر في تسبيب الامراض العقلية وانما ردوها الى اسباب عضوية مادية وعالجوها على هذا الاساس غير انهم وفروا للمريض ايضا الوسائل النفسية التي تساعد على الشفاء . والذي يتبين من تاريخ هذه الفترة هو ان المرضى في مارستانات بغداد قبل الف عام كانوا يعاملون معاملة حسنة ويروح عنهم بالقصاصين وبالموسيقى والغناء وقارىء القرآن اضافة الى زيارة شهرية يقوم بها القاضي مع الطبيب المشرف لتقرير اي المرضى قد اكتسب الشفاء وعندها يعطى المريض مبلغا من المال لمساعدته على تدبير شؤونه لفترة من الزمن بعد خروجه من المستشفى ، وهو اسلوب تأهيلي في العلاج قصرت عن بلوغه بلدان معاصرة عديدة . وقد كان للعرب تأثيرهم الكبير على تطور الخدمات الطبية لهؤلاء المرضى في اوروبا في العصور الوسطى وما بعدها وذلك عن طريق التماس مع الحضارة العربية في زمن الحروب الصليبية ، وعن طريق التماس بين العرب في شمال افريقيا وجنوبي اوروبا خاصة في ساليرنوا ، ثم عن طريق الحضارة العربية في الأندلس . ومما يجدر ذكره في هذا الشأن ان اول مستشفى للامراض العقلية في اوروبا انشأه الأب جليابرت جوفري (١٣٥٠ ـ ١٤١٧) في فلنسيا ، والذي بدوره قد تأثر بانجازات العرب في اسبانيا في هذا المجال ، ومنها المستشفى الذي انشأه محمد الخامس في غرناطة سنة ١٣٦٥ للميلاد . ولما افلت شمس الحضارة العربية أفل معها التقدم الذي اتسم به الفهم والعلاج للامراض النفسية ، مما افسح المجال للعودة الى مفاهيم وممارسات سابقة تؤمن بفعل الشياطين والسحر والجان في تسبيب هذه الامراض وعلاجها بما يلائم هذه المعتقدات من تعزيم وتعاويذ وادعية ورقي وسحر وشعوذة واجتهادات علاجية عشوائية ، غير ان هذا العهد من التوقف الحضاري لم يؤدِّ الى اساءة معاملة المرضى ، كما حدث في اوروبا في العصور الوسطى وما بعدها وانما ظلت معاملتهم تتسم بالرعاية والعطف ، ومما يجدر ذكره عن مآثر العرب في علاج هذه الامراض استعمالهم للمستحضرات المهدئة والأدوية المفرحة كما انهم لاحظوا ، كما ذكر الرازي في كتابه الحاوي للطب ، بان في الصرع علاج عجيب لمرض الملنخوليا وهو المرض الذي لهمعظم صفات المرض الشيزوفريني كما نعرفه حاليا . وفي هذه الملاحظة الدقيقة نجد بان العرب قد سبقوا العلم المعاصر الذي يعالج هذا المرض بالصدمة الكهربائية الصارعة ، باكثر من الف عام .

عصر النهضة « الرينسانس » :

لم يكن عصر النهضة في اوروبا افضل سجلا من العصور الوسطى المظلمة في امر معاملة المرضى في عقولهم او في التقدم نحو فهم افضل لهذه الامراض وذلك بالرغم من بوادر التقدم في المجالات المختلفة من العلوم والفنون . وقد عبر عن هذا التخلف في موضوع الامراض العقلية المؤرخ جوهان واير Johann Weyer (١٨٨٥) بقوله : «ان الانسان يجب ان يتوقف ويتأمل مرة تلو الاخرى ، كيف انه في الوقت الذي ولدت فيه العلوم والفنون من جديد وعندها كان الناس يرسمون وينحتون من جديد وعادوا مرة اخرى، يبحثون ويكتبون ويكتشفون ويخترعون ، وان العالم الكلاسيكي القديم والطباعة قد بدأت تكون معالم وجه الحضارية الغربية ، فانه حتى في نفس هذه الايام فان الانسانية بما بقيت عليه من اعتقادها بالسحر ، فانها وقفت في مستوى ادنى من التطور العقلي من بعض الأجناس البدائية . وقد كان من نتائج هذا التخلف في الفهم ان ازدادت حالة المرضى سوءا وأصبحوا يحجرون في أسوأ الظروف الممكنة مع المجرمين

والفاسدين والمتسولين» وهو الواقع الذي استمر حتى القرن التاسع عشر في بلدان اوروبية عديدة وعلى سبيل المثال فان المرضى في مستشفى بيت لحم في لندن وحتى أواخر القرن التاسع عشر كانوا يعرضون ليتفرج الناس عليهم في عطلة نهاية الاسبوع مقابل بضع بنسات، ومثل ذلك ساد بلدانا أوروبية اخرى، فكان القرن السابع عشر والثامن عشر على وجه الخصوص، زمنا عصيبا على المرضى المصابين بعقولهم، فاخضعوا لاقامة جبرية في مؤسسات باسماء مختلفة جنبا الى جنب مع غيرهم من المجرمين وفي ظروف من الشدة والتقييد والاهمال وسوء المعاملة.

العصور الحديثة:

يمكن اعتبار القرن التاسع عشر بأنه بداية التحول في فهم وعلاج الأمراض العقلية، ففي هذا القرن بدأ التحرك الحثيث باتجاه رعاية المرضى العقليين وتأمين راحتهم في مستشفيات خاصة توفر لهم الهدوء والعمل والابتعاد عن مجتمعاتهم التي قست في معاملتهم أو اهملت رعايتهم. وقد مكنت طبيعة الحياة في هذه المستشفيات من اقامة علاقة اوثق بين الاطباء وغيرهم من العاملين في هذه المستشفيات وبين المرضى، غير أن تزايد عدد المرضى الى حدود كبيرة قد ادى الى ازدحام هذه المستشفيات وما نجم عن ذلك من ابتعاد الصلة بين الطبيب والمريض، وبالتالي الى تحول هذه المؤسسات الى محاجر يسودها الاهمال للمريض،ان لم يكن اخضاعه لشتى اصناف القسوة النفسية والجسمية مما لا يبتعد كثيرا عن امثالها من القسوة في العصور الغابرة، وبهذا فقد ضاع الكثير من التوجه الانساني نحو هؤلاء المرضى وكان لا بد لذلك من مبادرة جديدة لمواصلة ما بدأ في وقت سابق من ذلك القرن.

لعل فرويد هو من أهم عناصر التحول في فهم الامراض النفسية والعقلية وفي اساليب علاجها، وافتراضات فرويد عن اللاوعي واهميته في تسبيب الاضطرابات النفسية والعقلية قد أدت الى التوجه نحو محاولة الوصول الى محتويات الوعي وتفسيرها، وذلك بغية فهم الاسباب المؤدية للمرض وعلاجها، وقد نشأ عن ذلك اسلوب التحليل النفسي، واسلوب العلاج النفسي، وان كان فرويد نفسه لم يكن متفائلا بشأن جدوى العلاج النفسي التحليلي لحالات المرض الشيزوفريني.

لقد توجه البحث منذ اوائل القرن التاسع عشر الى دراسة الاساس البايولوجي والعضوي للامراض عامة بما في ذلك الامراض التي تصيب الدماغ، كما اتجه البحث نحو الوسائل الطبيعية (الفيزيائية) لعلاج الامراض العقلية. ولعل اهم حدث في هذا الاتجاه قد بني على الملاحظة بأن المريض المصاب بالشلل العام الجنوني، وهي حالة شديدة من اصابة الدماغ بالسفلس، تميل الى الشفاء اذا ما اصيب صاحبها عرضا بالحمى. وقد دفعت هذه الملاحظة الدكتور واجنر جوريخ (١٩١٧)، الى الاقدام على اعطاء المريض المصاب بمثل هذا المريض حمى اصطناعية بتطعيمة بمرض الملاريا، وتطور ذلك فيما بعد الى احداث هذه الحمى بوضع المريض في حاضنات حرارية خاصة. وبالنظر لبعض الفائدة التي نجمت عن هذا الاسلوب العلاجي بالحمى، فقد منح صاحبها جائزة نوبل للطب في حينه، غير ان هذه الطريقة قد آلت الى الزوال كليا، غير أنه كان لها فائدة جلب الانتباه الى امكانية علاج الامراض العقلية بوسائل مادية، وهي الامكانية التي عززت في الوقت ذاته الاعتقاد بعضوية الأسس للامراض العقلية وامكانية

التوصل الى كنه هذه الأسس العضوية . ومن هذه البداية الخاطئة في الاجتهاد . فقد تواصل البحث عن وسائل علاجية حديثة ، وتوصل العلماء الى استعمالها اما بالمصادفة او بالتجربة او الاجتهاد او بنتيجة البحث العلمي

طرق العلاج الحديثة

ان الطرق المسماة بالطرق العلاجية الحديثة ، ليست في مجموعها حديثة بالفعل ، فالبحث في معظم هذه الطرق يفيد بأن شيئا مماثلا لها قد استعمل في وقت أو آخر من العصور السابقة لعلاج الأمراض العقلية بما في ذلك مرض الشيزوفرينيا ، فالطرق الحديثة تتحدد عادة بالوسائل الفيزيائية الطبيعية ، وبالوسائل غير الفيزيائية . واهم طرق الفئة الاولى هي علاج الصدمة (الكيمياوية او الكهربائية) ، وعلاج الجراحة النفسية على الدماغ ، والعلاج الدوائي ، واهم طرق الفئة الثانية غير الفيزيائية هي الطرق النفسية في العلاج بما في ذلك العلاج المحيطي والتحليلي ، وجميع هذه الطرق التي نعتبرها حديثة وفتحا جديدا في العلاج لها نظائرها ، ولو في حدود مصغرة ، في طرق العلاج الأقدم عهدا . فعلاج الصدمة على سبيل المثال ليس بالشيء الجديد ، وقد اشرنا في اكثر من مكان الى ان الطبيب العربي الرازي في بغداد قد لاحظ ما يصيب مريض الملنخوليا العقلي من فائدة بسبب حدوث حالة الصرع فيه ، ونحن لا نعلم الآن فيما اذا كان الرازي قد لاحظ هذه الفائدة مصادفة ، او انه قام بعلاج فعلي باعطاء المريض النوبة الصرعية ، وان كان من الثابت تاريخيا بأن العرب قد عرفوا وعينوا العقاقير والمواد التي لها ان تحدث النوبة الصرعية في من يتناولها او يتعرض لها ، وقد افرد ابن سينا فقرة خاصة في كتاب القانون في الطب للعقاقير والمواد الصارعة . اما علاج الجراحة النفسية ، فهو على حداثته ، الا انه ايضا له ما يشابهه منذ اقدم العصور وحتى زمن ليس ببعيد وذلك في عمليات (التربنة) على الرأس ، وذلك بفتح ثقوب فيه أما لتسهيل خروج الارواح الشريرة التي استقرت في الرأس او لتسهيل التخلص من المواد المؤذية في الرأس مهما كانت.
أما وسائل العلاج الدوائية فهي عريقة في القدم ، وقد عرف القدامى في حضارات مختلفة عقاقير ومستحضرات مختلفة تحدث الخدر او التسكين او النشوة والفرح او التهدئة في من يتناولها . ولعل من الطريف ان نذكر ان بداية العلاج العقاقيري الحديث لمرض الشيزوفرينيا قد بدأ باستعمال مستحضر السربسيل ، وهو مستحضر نباتي استعمل في الهند لقرون عديدة في علاج الاضطرابات العقلية . ولو امكن الآن التوفر على دراسة جميع المستحضرات النباتية التي استعملت في الماضي لعلاج الامراض العقلية ، لامكن اثبات ان الكثير منها يحتوي على مواد كيمياوية فعالة في علاج الاضطرابات العقلية ، أما الفئة الثانية من الوسائل العلاجية بنوعيها النفسي والمحيطي ، فهي كما يتضح للباحث او المطلع ، ليست بالوسائل الجديدة كليا ، فالاسلوب النفسي والمحيطي في العلاج قد استخدما بدرجات متفاوتة من التأكيد منذ اقدم العصور، ولا يمكن لذلك اعتبارها طرقا علاجية جديدة كليا.

العلاجات المادية

العلاج المادي لمرض الشيزوفرينيا، او ما يسمى بالعلاج الفيزيـائي (Physical Therapy) ، هو العلاج الذي يبنى على اساس مادي ، ويمكن قياسه وتعيينه ضمن مجال المواد الفيزيائية وطاقاتها كما هو الحال في مجال المادة والطاقة . وهو بذلك يختلف عن وسائل اخرى غير مادية كالعلاج النفسي والعلاج المحيطي والاجتماعي والتي لا تحدث اثرها عن طريق فعل مادي او طاقة فيزيائية . والطرق المادية عديدة ويمكن لها ان تشمل كل شيء ضمن حدود المادة ، غير أنها في مجال العلاج الشيزوفريني تتحدد في مجموعة من الطرق معظمها ابتكر خلال الخمسين سنة الاخيرة من هذا القرن . وفيما يلي نعطي القدر اللازم من المعلومات عن هذه الطرق المادية ، والتي ما زال معظمها قيد الاستعمال في الوقت الحاضر . ومما يقتضي التنويه به ان هذه الطرق بالرغم مما ادعي لها من نجاح علاجي ، وبالرغم مما يسندها من نظريات عن كيفية فعلها ، فانها ما زالت وسائل علاجية مبنية على التجربة والخبرة ، وليس هنالك من أدلة حاسمة عن كيفية فعلها العلاجي على مرض الشيزوفرينيا ، ويمثل هذا الجهل فليس بامكان احد ان يدعي المعرفة النهائية بالكيفية التي تؤدي فيها هذه الطرق العلاجية فعلها العلاجي على المرض . والطرق العلاجية المادية تبحث عادة طبقاً للتصنيف التالي وهو التصنيف الزمني لظهور هذه الطرق في العصر الحديث : ١) علاج الصدمة الكيمياوية والكهربائية . ٢) علاج الغيبوبة الانسلونية . ٣) علاج الجراحة النفسية . ٤)العلاج الدوائي . ٥) علاجات مادية متفرقة أخرى (التغذية الحمى التبريد الخ) .

١ ـ علاج الصدمة

يمكن النظر الى (لادلوس فون مدونا L. von Meduna) (١٨٩٦ ـ ١٩٦٤) بأنه الرائد الأول لعهد العلاج الجديد لمرض الشيزوفرينيا . ولد فون مدونا في بودابست عاصمة هنجـاريا ودرس الـطب ثم تخصص في باثولوجية الأمراض العصبية . ويروى انه اثنـاء تخصصه في المستشفى الـوطني للامـراض العصبية في لندن ، وهو اشهر مستشفيات العالم في هذه الأمراض واكثرها ارتباطا بتقدم مفهومها ، بأنه لاحظ فروقا في التغيرات النسيجية بين دماغ كل من المصابين بالشيزوفرينيا والمصابين بمرض الصرع ، مما حمله على الظن بوجود تعارض أساسي بين المرضين . ويروي ايضا ، بأنه لاحظ وهو يعمل فيمستشفى الامراض العقلية في بودابست بأن المرضى المصابين بالشيزوفرينيا ، هم خالون من الصرع ، والعكس بالعكس . وكان لهذه الملاحظات اثرها في اعطائه الفكرة بأن المرضين متعارضان الواحد مع الآخر ، وبأنه لو استطاع اعطاء المريض باحدهما مرض الآخر ، فان التعارض كفيل بايقاف احدهما . وقد طبق مدونا ملاحظته عمليا ، فقام باعطاء المرضى المصابين بمرض الشيزوفرينيا حقنا عضلية من مادة الكافور الزيتي لاحداث نوبة الصرع فيهم ، ولاحظ تحسنا مشجعا في حالاتهم العقلية ، وبعد فترة من الزمن (١٩٣٣) استعاض مدونا عن حقن الكافور بحقن وريدية من مركب صارع آخر (مترازول Metrazol) ، وحصل على نتائج مشجعة ايضا ، ونشر ابحاثه بهذا الشأن في السنوات الثلاث التالية لهذه المحاولات العلاجية .

ان ملاحظة مدونا بأن مرضي الشيزوفرينيا والصرع متعارضان في طبيعتهما ، وبأنهما لا يتواجدان معا في مريض واحد ، هي ملاحظة لا يسندها الواقع الطبي المعاصر ، وقد سبق للرازي وابن سينا ان

لاحظا وجود المرضين معا . ومع ان ملاحظة مدونا غير واقعية ، الا ان ما تمخض عنها من اجراء باعطاء مادة صارعة تحدث النوبة الصرعية في مريض الشيزوفرينيا ، قد جاء بنتائج ايجابية ادت الى اعتماد حقن الكافور او المترزول الصارعة كوسيلة علاجية ناجحة في علاج مرض الشيزوفرينيا . وفي تقديرنا لأهمية هذه الخطوة الحاسمة في المسيرة العلاجية الحديثة لمرض الشيزوفرينيا ، فان علينا ان نشير الى ما لاحظه الرازي قبل مدونا بأكثر من الف سنة من أن للصرع فائدة في علاج المرض العقلي الملنخوليا ، وهو مرض يشمل بعض صور المرض العقلي الشيزوفريني ومرض الكآبة كما نعرفها الآن ، وذلك بقوله : «وفي الصرع علاج عجيب لهذا المرض (أي الملنخوليا)». ومن الواضح ان الرازي لم يخطىء كما اخطأ مدونا في ملاحظته بأن هنالك تعارضا بين المرضين ، ذلك ان الرازي اكد امكانية وجودهما معا . وبهذا فقد كان الرازي اكثر موضوعية وأدق ملاحظة من مدونا ، واسبق منه بالف عام في استنباط طريقة علاجية ، تعتبر اليوم من مبتكرات مدونا في العصر الحديث ومن أهم الوسائل العلاجية المعاصرة لهذا المرض واكثرها انتشارا .

(أ) الصدمة الكيمياوية :

ولبضع سنوات ظلت طريقة مدونا ، والتي عرفت من بعده بطريقة (الصدمة الكيماوية Chemical **shock**)، الطريقة الهامة في علاج مرض الشيزوفرينيا ، غير أنها استعملت ايضا في مرض الكآبة العقلية ، وتبين بأن فائدتها في هذا المرض الأخير هي اكثر حسما ووضوحا من فائدتها في علاج مرض الشيزوفرينيا .

ويتلخص اسلوب العلاج بالصدمة الكيمياوية بأن يزرق المريض وهو على معدة خالية من الطعام والشراب بحقن في الوريد من مركب الكارديازول او الترزول ، وبالقدر الذي يسبب فقدانا كاملا للوعي مع احداث نوبة صرعية ، ويكرر هذا الاجراء في دورة من نوبات خلال اسبوعين . وبالنظر لشدة النوبات الصرعية التي تحدث نتيجة لذلك ، وبسبب ما قد يترتب عليها من بعض النتائج الجانبية مثل كسر العظام او خلع المفاصل ، وبسبب ما يشعره المريض من فزع قبيل فقدانه الكامل للوعي ، وبسبب صعوبة التأكد من الجرعة الكافية لاحداث الصدمة ، فقد بات من الضروري البحث عن وسيلة اخرى (صارعة) تتلافى هذه السلبيات . وقد جاءت هذه الوسيلة باستعمال الكهرباء . ومع استعمال الكهرباء الا ان بعض الاطباء ظلوا لمدة طويلة من الزمن يواصلون استعمال الصدمة الكيمياوية مدعين بأنها تنجح حيث لا تنجح الكهرباء في ضمان الفائدة العلاجية ، غير انه ليس هنالك ما يسند هذا الادعاء . واليوم قل هنالك من يلجأ للوسيلة الكيمياوية كاسلوب لاحداث الصدمة العلاجية .

(ب) الصدمة الكهربائية :

مبدأ استعمال الصدمة الكهربائية في علاج الشيزوفرينيا ما هو الا امتداد لمبدأ احداث الصدمة باسلوب كيماوي ، ففي سنة ١٩٣٧ قام عالمان ايطاليان هما (سرليتي Cerletti ، وبيني - Bini) بتجارب على الكلاب قاما فيها باعطائها صدمات كهربائية على الرأس . ولما تبين لهما خلو هـذا الاسلوب من الاضرار بالدماغ والجسم ، قاما بتطبيق ذلك على المرضى المصابين بمرض الشيزوفرينيا ، ونشرا ابحاثهما عام ١٩٣٨ . ويمكن اختصار الطريقة العلاجية بالصدمة الكهربائية بأنها تتكون من امرار تيار كهربائي محدد القوة عبر رأس المريض ، وبالقدر الكافي فقط لاحداث فقدان الوعي والنوبة الارتجاجية

(الصرعية)، وتتراوح قوة التيار عادة ما بين ٧٠ الى ١٣٠ فولت، والمدة الزمنية لمروره ما بين عشر الثانية الى نصف الثانية. وتعطى الصدمة للمريض الذي يتوفر المبرر لاعطائها له، وبعد التأكد من سلامته من أي حالة مرضية تتعارض مع الصدمة، مثل: (عجز القلب، واصابة الرئتين الشديدة خاصة بالتدرن، والارتفاع المفرط في ضغط الدم، والآفات الدماغية العضوية، ودلائل ارتفاع ضغط العصارة الدماغية، وبعد التأكد من خلو معدته من الغذاء والسوائل خشية التقيؤ اثناء الصدمة وما قد يكون لذلك من عواقب خطيرة. وتعطى الصدمة لدورة معدلها ما بين ٨ ـ ١٢ صدمة تعطى مرة كل يوم او يومين أو حسبما يكون ذلك مناسبا للحالة المرضية ولاستجابة المريض للعلاج. والاسلوب الافضل في استعمال الصدمة هو الاستمرار باعطاء المريض صدمات اضافية بعد انتهاء الدورة الأساسية وذلك بمعدل صدمة واحدة كل اسبوع، ولثلاثة او اربعة اسابيع، كما وجد بالتجربة بأن اعطاء العقاقير المضادة للكآبة اثناء العلاج الكهربائي يقلل من عدد الصدمات اللازمة كما يقلل من احتمال الانتكاسات المرضية.

ومنذ البدايات الاولى للعلاج بالصدمة الكهربائية حدث تطور كبير في اسلوب اعطاء الصدمة، وقد هدف هذا التطور إلى التقليل من الآثار الجانبية المحتملة للصدمة المعطاة بالاسلوب التقليدي المباشر، والى ازالة مخاوف المريض وترقبه للصدمة وآثارها. واهم التطورات التي حدثت لتعديل الصدمة الكهربائية هي استعمال ١) المرخيات العضلية ٢) استعمال المنومات المخدرة ٣) استعمال الصدمة من جانب واحد للرأس، ٤) استعمال الصدمات دون الارتجاجية، ٥)، واخيرا استعمال عدة صدمات في جلسة علاجية واحدة. وفيما يلي مختصر لهذه الاساليب:

١) المرخيات العضلية

تعطى المرخيات العضلية لمنع حدوث حالة التصلب العضلي اثناء الصدمة، وهي العوارض التي تسبب احيانا كسر العظام وخلع المفاصل، والمادة المرخية التي تعطى هي مادة سكسنيل كولين (انكتين أو سكولين Anctine or Scoline)، وهي تعطى على شكل حقنة في الدم بمقدار ٢٠ ـ ٣٠ ملغم بعد اعطاء المخدر مباشرة، ومن المواد الأخرى ذات الفعالية المماثلة مادة (فلكسديل Flexidil) ومادة (بريفديل Bre-vidil E).

٢) التنويم التخديري:

بالنظر لان بعض المرضى يخشون الاجراء الكهربائي ويمانعون فيه، اضافة الى ان التراخي العضلي بالاسلوب السابق يعطي المريض شعورا بالخوف والفزع، لهذا يستحسن دائما اعطاء المريض جرعة منومة سريعة المفعول (بالحقن الوريدي) لاحداث حالة النوم، وذلك قبل اعطاء المادة المرخية للعضلات والصدمة الكربائية. والمادة المفضلة لهذه الغاية هو مركب ثايوبنتون صوديوم (انترافال صوديوم،بمقداره/١ غم الى ربع غرام للمرة الواحدة، وتعطى المادة بصورة تدريجية في الوريد والى ان يصبح المريض في حالة تخدير غير عميق، غير انه يسمح للمريض بالنوم بعد الصدمة. والاسلوب المتبع الآن، هو متابعة حقنة المخدر المنوم بحقن المريض مباشرة بالمركب المرخي للعضلات، وعند التأكد من خمود الحركة العضلية، وهذا يحدث عادة بعد ٣٠ الى ٦٠ ثانية من حقن المرخي العضلي، عندها يعطى المريض تنفسا

بالأوكسجين لمدة قصيرة ويتلو ذلك اعطاء الصدمة الكهربائية ، ثم يتابع التنفس بالاوكسجين الى حين عودة التنفس الطبيعي ، والذي يعود عادة خلال دقائق قليلة . ومن الواضح ان القيام باعطاء المخدر المنوم والمرخي العضلي والتنفس بالاوكسجين يتطلب دائما مشاركة المخدر (المبنج) في عملية اعطاء العلاج ، وبدون ذلك فقد لا يستطيع الطبيب المعالج القيام بالاسعاف العلاجي اللازم خاصة في مجال عملية التنفس وتعقيداتها المحتملة .

٣) الصدمة من جانب واحد .

قام اجتهاد علاجي بأن بالإمكان تلافي حالات الارتباك التي تحدث للمريض بعد الصدمة الكهربائية العامة ، وذلك بالقيام باعطاء اثارة كهربائية محدودة الى جانب واحد من الرأس وتكرار ذلك من ١٠ الى ٢٠ وإلى ٤٠ مرَّة ، Unilateral E.C.T . وقد وجد بالتجربة بأن مثل هذا الاسلوب يقلل فعلا من حالة الارتباك المعتادة ، ويقلل من درجة النسيان وفقدان الذاكرة التي يعانيها المرضى عادة بعد إلصدمة الكهربائية الاعتيادية لجانبي الدماغ . والاسلوب المتبع هو ان تعطى الصدمة الى ذلك الجانب من الدماغ الذي لا يعتبر مسيطرا . ولهذا الاسلوب العلاجي فائدة متميزة خاصة في علاج المرضى كبار السن ، والمرضى الذين يحتاجون الى الابقاء على ذاكرتهم ومهاراتهم بصورة فعالة طوال فترة العلاج ، وهنالك اليوم من يفضل هذا النوع الجانبي على الصدمة من الجانبين ، غير أن فعالية العلاج بالصدمة من جانب واحد هي أقل اثرا ايجابيا في حالات الشيزوفرينيا التي تتسم بالكآبة ، كما ان هنالك صعوبة في بعض الحالات (١٠٪) في تقرير اي الجانبين هو الجانب المسيطر من الدماغ .

٤) الصدمة المتعددة المرصودة :

من التعديلات على الصدمة الكهربائية ، اسلوب اعطاء عدة صدمات كهربائية في الجلسةالواحدة ، أو ما يطلق عليه (العلاج الماراثوني للصدمة) ، وقد عمل بهذا التعديل منذ سنوات طويلة وذلك باعطاء عدة صدمات ، لا تصل اي منها الى احداث فقدان الوعي او النوبة الارتجاجية (الصرعة) . وقد عدل الاطباء عن هذه الطريقة لانه لم يتبين وجود فائدة ايجابية لها .

أما الأسلوب الأكثر حداثة فهو يتلخص في اعطاء عدة صدمات في جلسة علاجية واحدة ، على أن يتم ذلك اثناء الرصد اللازم لجميع العمليات البايولوجية الحيوية للمريض . وقد أفادت هذه الطريقة التي تختصر الزمن والجهد العلاجي بفائدتها ، غير أن الدراسات حول هذا الأسلوب العلاجي للصدمة ما زالت محدودة وغير كافية للحكم على فعاليتها .

الآثار السلبية لعلاج الصدمة

كانت الآثار السلبية لعلاج الصدمة في اوائل عهد استعمالها عديدة ، ويعود السبب في ذلك الى اعطاء الصدمة بدون تحضير المريض بالترخية العضلية او التخدير ، وبسبب عدم الدقة في اختيار المرضى الصالحين لهذا النوع من العلاج . غير انه بادخال علاج الصدمة المعدل ، ونتيجة الاحتراس الأكبر في اختيار المرضى ، فقد قلت الآثار السلبية الى حد بعيد وخاصة الكسور في العظام وخلع المفاصل . على أن هنالك بعض الأخطار التي ما زالت قائمة ، وخاصة تلك الناجمة عن اضطراب

الجهاز التنفسي . ومن النتائج السلبية امكانية اصابة بعض المرضى بضعف الذاكرة والنسيان ، غير ان معظم الحالات تعود الى حالتها الطبيعية في خلال بضعة شهور . اما خطر الموت فهو قليل جدا بنتيجة الصدمة ويقع ذلك في حدود وفاة واحد من كل ١٠ الى ٧٠ الف صدمة علاجية .

تقييم العلاج بالصدمة

ان اكثر ما يتوقع من فائدة للصدمة الكهربائية هو في مرض الكآبة العقلية ، ويلي ذلك حالات الشيزوفرينيا التي تكون فيها الكآبة عنصرا بارزا (الحالات الشيزوفرينية المزاجية Schizoaffective)

ويلي ذلك حالات الشيزوفرينيا الحادة ، وحالات الشيزوفرينيا الكاتاتونية (التي يتداول فيها المريض بين حالة الجمود وهياج الحركة) . وسنعود الى تقييم العلاج الكهربائي بالمقارنة مع الوسائل العلاجية الأخرى في نهاية هذا الفصل غير أنه ينبغي التنويه الآن بأن الافادة من الصدمة الكهربائية في نوبة شيزوفرينية لا يعني بأن استفادة مماثلة تتحقق من استعمالها في انتكاسة تالية . غير أن عدم الاستجابة في علاج نوبة مرضية ما فيه دلالة على ان معاودة العلاج الكهربائي في أي انتكاسية لاحقة سوف لا يؤدي الى نتيجة افضل من النتيجة السابقة . وأهم ما يجب الأخذ به في أمر علاج الصدمة هو عدم الاسراع في اعطائها ، والاتجاه بدلاً من ذلك الى اعطاء المريض فرصة العلاج بالأدوية المعقلة لمدة اسبوعين على الأقل الا في الحالات المستعجلة التي لا يمكن انتظارها للفعل البطيء للعقاقير والتي يقوم فيها المبرر للبدء بالصدمة الكهربائية بسرعة مثل حالات الكاتاتونيا السباتية او عندما يتوفر عنصر الكآبة مع دافع قوي للانتحار .

إن هنالك دراسات عديدة حول مدى فائدة الصدمة في علاج الشيزوفرينيا ، وبعض هذه الدراسات اتجهت الى تقرير فعل الصدمة في مرض الشيزوفرينيا بصورة عامة او فعلها في انواع معينة من المرض او في ادواره الحادة او متوسطة الأمد او المزمنة ، وبعض هذه الدراسات حاولت مقارنة فعل الصدمة بأساليب علاجية اخرى مثل الدواء والعلاج النفسي ، وبعضها قارن فعل الصدمة مع النتائج التي تنجم عن ترك المريض بدون علاج . وقد جاءت النتائج التي تمخضت عنها هذه الدراسات متفاوتة ، وهو امر متوقع بالنظر الى تعدد الأصناف المرضية الشيزوفرينية واختلاف درجاتها وغير ذلك من عوامل الاختلاف بين دراسة واخرى مما يجعل الوصول الى استنتاجات حاسمة امراً صعب المنال . ومع هذا التفاوت في النتائج ، فان هنالك بعض نواحي الاتفاق حول مدى جدوى علاج الصدمة الكهربائية ، وفيما يلي نورد خلاصة لأهم النتائج التي تمخضت عنها الأبحاث العديدة في هذا الموضوع :-

١) اعطاء الصدمة الأولوية في العلاج في الحالات التي يمتنع فيها المريض عن تناول الدواء او عندما يأخذ المرض شكلا عنيفا يتعذر السيطرة عليه ، او عندما تكون هناك محاولات انتحارية او امتناع عن تناول الطعام .

٢) العلاج الكهربائي هو على العموم غير فعال في الحالات المزمنة المقيمة في المستشفيات او خارجها ، او في الحالات التي يتكرر فيها دخول المريض للمستشفى .

٣) هنالك بينات على ان الصدمة الكهربائية هي ذات فائدة في حالات الشيزوفرينيا الحادة ، او الحديثة العهد والتي لم يتجاوز تاريخ وقوعها العام ، وفي مثل هذه الحالات فانها قد تؤدي الى زوال

الأعراض كليا ، ولو الى حين .

٤) ان اكثر الحالات الشيزوفرينية استجابة للعلاج الكهربائي هي الحالات الحادة او الحديثة العهد وخاصة تلك التي تبرز فيها الأعراض المزاجية كالكآبة ، وفي حالات البارانويا ، وحالات الكاتاتونيا .

٥) العلاج الكهربائي لا يفيد كالدواء في حالات الشيزوفرينيا متوسطة الأمد الزمني . وهو علاج قليل الأثر الايجابي في الحالات الشيزوفرينية المزمنة .

٦) مع ان العلاج الدوائي هو على العموم اكثر فائدة في علاج الشيزوفرينيا وخاصة على المدى الطويل ، الا ان هنالك بعض البينات التي تبين بأن الصدمة الكهربائية قد نجحت حيث فشل الدواء في العلاج ، ولهذا فان من الضروري اعطاء الصدمة الكهربائية فرصة التجربة في مثل هذه الحالات .

٧) في الحالات التي تتطلب السرعة والتأثير العاجل ، فقد يكون من الضروري اعطاء الصدمة الكهربائية الاختيار الأول كطريقة للعلاج ، وهذا استثناء من القاعدة العامة بأن يعطى الدواء الأفضلية الأولى في الاختيار ولمدة شهر على الأقل من العلاج الدوائي المتواصل .

٨) اذا لم تفد الكهرباء في دورة علاجية اولى ، فان من المؤكد تقريبا ان لا تفيد هذه الوسيلة العلاجية في دورة علاجية اخرى ، كما أن الاكثار من العلاج الكهربائي قد يؤدي الى نقص في الذاكرة وتبلد الذهن ، كما أنه يقلل من جدوى العلاج الدوائي فيما بعد .

٩) العلاج الكهربائي الأكثر سلامة للمريض هو الذي يعطى في ظروف احتياطية خاصة ، وبعد اعطاء التخدير المناسب وحقن المريض بمرخيات العضلات ، وتوفير الاوكسجين وغير ذلك من الاحتياطات اللازمة لتلافي اي مواقف قد تنذر بنتائج خطيرة .

١٠) يفضل عدم الجمع بين العلاج الدوائي بالعقاقير المعقلة وبين العلاج الكهربائي ، لأن مثل هذا الجمع قد يزيد من احتمال خطورة العلاج على المريض ، غير ان هنالك ما يبرر اللجوء الى هذا الجمع في الحالات المرضية الهياجية وخاصة تلك التي لم يجدِ فيها استعمال العقاقير او الكهرباء كل على حدة :

١١) اعطاء الصدمة من جانب واحد من الدماغ يفضل اعطاء الصدمة من جانبي الدماغ ، خاصة في اولئك المرضى الذين يعتمدون على ضرورة عودة الذاكرة بصورة كاملة خلال وقت قصير ، وفي كبار السن ايضا . وقد قيم احد الباحثين الموقف الحالي من الصدمة الكهربائية في مرض الشيزوفرينيا بالقول : «في هذه المرحلة من علمنا ، فانه لا يمكن اعطاء نتائج اكيدة حول الموضوع ، سوى أن الكهرباء هي اقل احتمالا في أن تكون مفيدة على المدى الطويل ، او في المرضى المزمنين ، او في اولئك الذين يتكرر بكثرة ادخالهم للمستشفيات ، كما انه لا يمكن اعطاء نتائج حاسمة حول جدوى الكهرباء في الحالات الشيزوفرينية الحادة ، «وما من احد يستطيع الوثوق من أنه لا توجد هناك جماعة صغيرة من المرضى بالشيزوفرينيا من الذين يستجيبون بصورة ايجابية ومتميزة نتيجة لاستعمال الصدمة الكهربائية ، أو بصورة متساوية فان هناك فئة صغيرة من المرضى ممن سيسوء مرضهم بسبب العلاج بالصدمة» .

١٢) من ملاحظاتنا الشخصية حول استعمال الصدمة الكهربائية ، هي ان بعض الأطباء المختصين

او الممارسين يوسعون من مجال استعمال الكهرباء الى حدود ابعد مما يقتضي ، فهم يستعملونها كوسيلة علاجية في الانفعالات النفسية كالقلق والأفكار التسلطية والكآبة النفسية والوسواس المرضي والهستيريا ، وفي الأمراض النفسية الجسمية وغيرها من الحالات المرضية التي لا تفيد فيها الصدمة الا نادرا ، وبنتيجة فعلها الايحائي فقط ، كما انهم يميلون الى توسيع مفهوم المرض الشيزوفريني ، فيدخلون في نطاقه حالات مرضية قد لا تكون شيزوفرينية ، وهناك ايضاً الاستعجال في وصف العلاج بالصدمة ، وقبل اعطاء الدواء فرصة لاثبات فعاليته ، كما ان البعض يكثر من عدد الصدمات او يكررها على فترات متقاربة بالرغم من تبين عدم جدوى الصدمة منذ الدورة الأولى من استعمالها . وفي الوقت الذي ندرك فيه بأن بعض الحماس لاستعمال الصدمة وتكرار استعمالها يأتي في الكثير من الأحيان استجابة لالحاح المريض او توقعات اهله ممن يؤمنون بجدوى الصدمة ، الا اننا مع ذلك نرى بان الاسراف والاستعجال في استعمالها ليس له ما يبرره ، وعلى العموم يفضل اتباع القواعد التالية في تقرير موضوع الحاجة لاستعمال الصدمة :ـ

١) التريث في استعمال الكهرباء الى أن يثبت بأن الدواء لم يعطِ النتائج المرجوة من استعماله لمدة كافية وبمقادير مناسبة .

٢) اعطاء الصدمة الأولية في العلاج في الحالات التي يمتنع فيها المريض عن تناول الدواء او عندما يأخذ المرض شكلا عنيفا يتعذر السيطرة عليه ، او عندما تكون هناك محاولات انتحارية او امتناع عن تناول الطعام .

٣) اعطاء الصدمة افضلية الاختيار كوسيلة علاجية في بعض حالات الشيزوفرينيا الحادة ، وخاصة تلك التي تبرز فيها الخصائص المزاجية كالكآبة والهياج ، وحالات البارانويا وحالات الكاتاتونيا .

٤) الامتناع عن استعمال الصدمة مجدداً اذا ما تبين بأن دورة كاملة منها في وقت سابق لم تحدث اثرا يذكر في الحالة المرضية ، او ان المريض بعد استجابة قصيرة المدى لاستعمال الكهرباء ، قد عاد وانتكس من جديد .

٢ ـ علاج الغيبوبة الانسلونية

ابتدأ هذه الطريقة العلاجية الدكتور (مانفرد ساكل Manfred Sakel ١٩٠٠ـ١٩٥٧) عام ١٩٣٣ ، وقد جاء استعماله لها امتدادا لملاحظته بان الحقنة الانسلونية تؤدي الى زوال التهيج والأعراض الهذيانية في الذين يتناولون المواد الكحولية او المخدرات . وقد شاع انتشار هذه الطريقة لسنوات عديدة بعد ذلك ، واعتبرها الكثيرون من الأطباء الطريقة المفضلة لعلاج الشيزوفرينيا . غير ان استعمالها قد قل تدريجيا ، ومن النادر استعمالها في الوقت الحاضر ، ويعود ذلك الى ان الوسائل العلاجية الأخرى من دوائية او كهربائية قد برهنت على انها اكثر نفعا واختصارا للزمن والجهد والتكاليف ، اضافة الى انها اقل خطرا من علاج الانسولين . وتتلخص الطريقة في اعطاء المريض حقنا عضلية من الانسلين في الصباح وعلى معدة خالية ، وتزداد تدريجيا مقادير هذه الحقن الى أن تصبح كافية لاحداث الغيبوبة في المريض ، ومتى حدث ذلك يترك المريض على هذه الحالة لمدة ساعة او ساعتين ، ثم يحقن وريديا بمحلول الكلوكوز لافاقته من

الغيبوبة، او يغذى بمحلول من السكر عن طريق انبوب يصل الى المعدة، وتكرر العملية خمسة او ستة ايام في الأسبوع والى مدة ستة او سبعة اسابيع.

ان فعل الانسلين هو انقاص معدل السكر في الدم، وهذا يقلل منه بالمثل في الدماغ، وينجم عن ذلك انقاص مماثل لعمليات الأكسدة في الدماغ، وهي عملية مشابهة لنقص الاكسجين مما يؤدي الى الغيبوبة، وهكذا فان انقاص الكلوكوز في الدماغ يؤدي الى انقاص في تغذية خلايا الدماغ وخاصة الخلايا في المراكز الدماغية العليا المختصة بالنواحي الفكرية. اما كيف يؤدي كل ذلك الى التحسن في الحالة العقلية للمريض، فتفسير ذلك ما زال غامضا حتى الآن، غير ان هنالك بعض النظريات الواردة في هذا الموضوع وقد تعرضنا لبعضها في الفصل الخاص بأسباب المرض الشيزوفريني. وفي تقييم نتائج العلاج بهذه الطريقة، تبين بان افضل النتائج تحدث في اولئك المرضى بمرض الشيزوفرينيا ممن هم حديثو الاصابة بالمرض (اقل من سنة) والذين يأتيهم المرض بصورة حادة او عاصفة، وعلى خلفية من الشخصية الطبيعية السابقة للمرض، وهي جميع الخصائص المناسبة للشفاء حتى بدون اي نوع من العلاج. وهذا الواقع يجعل من الطريقة الانسولينية كوسيلة علاجية مفيدة امرا مشكوكا فيه.

٣ ـ علاج الجراحة النفسية

العلاج بالجراحة على مناطق عصبية في الدماغ لغرض احداث تبديل في الحياة العقلية يقوم على اساس الافتراض بأن مناطق معينة في الدماغ تقوم بأعمال عقلية او سلوكية او عاطفية معينة، وأن الاضطراب في أي من هذه المناطق له ان يؤدي الى اخلال بوظيفتها والى ظهور اعراض مرضية نفسية او عقلية، وهكذا فان بتر أو استئصال المنطقة المريضة قد يؤدي الى شفاء المريض او على الأقل الى زوال الأعراض المرضية. وافتراض وجود مناطق متخصصة في الدماغ تقوم بوظائف معينة ليس بالشيء الجديد، فقد افترضه الأطباء اليونانيون القدامى، غير ان الطبيب العربي ابن سينا كان اكثر دقة وتحديدا في افتراضاته عن هذه المناطق الدماغية. اما التطبيق الجراحي لهذا الافتراض، فقد حدث في العصور الحديثة، ويمكن اعتبار الطبيب السويسري (بركهاردت Burckhardt) بأنه اول من قام بتطبيق هذا الافتراض عمليا باجراء جراحي على الدماغ، فقام بانتزاع اجزاء من القشرة الدماغية في ستة مرضى، (١٨٩١) مصابين باضطرابات عقلية. وجاء في تعليلة للاجراء قوله: «لو استطعنا ازالة الدافع المثير من عملية الدماغ، فقد يكون بالامكان تحويل المريض من حالة اضطراب الى حالة هدوء...». ومع ان نتائجه لم تكن مشجعة جدا، الا انه تمسك بالأمل، ودعي زملاؤه الى مواصلة العمل لايجاد طرق افضل لاستئصال اجزاء من الدماغ ونتائج افضل مما حصل عليه هو. ومن بعد بركهاردت، قام اخرون بعملية مماثلة (بوسب ـ ١٩١٠) غير انه اقر بأن نتائجه لم تكن مشجعة ايضا. غير ان البداية الفعلية للجراحة النفسية على الدماغ قد بدأت بعد ذلك بربع قرن تقريبا، فعلى اثر القاء بحث في المؤتمر العالمي للامراض العصبية في لندن سنة ١٩٣٥، من قبل باحثين في فيزيولوجية الدماغ، هما فولتون وجاكسون، وكان بحثهما مخصصا لبيان نتائج انتزاع اجزاء من المنطقة الأمامية لدماغ الشمبانزي من جانب واحد أو من الجانبين. وقد افادا في بحثهما بأن الشمبانزي الذي اجريت عليه التجارب كان قبل العملية يعاني من حالة تهيج وغيظ شديدين، وبعد العملية من جانب واحد لم يحدث اي تغيير في سلوكه غير انه بعد اجراء

العملية على جانبي الدماغ قد اصبح هادئاً.وقد اثار البحث اهتمام احد الحاضرين ، وهو الدكتور ايجاز مونيز Egas Moinz (١٨٧٤-١٩٥٥) فعلق على البحث في حينه بقوله بأن بالامكان ان يكون لمثل هذا الاجراء على دماغ الانسان المريض عقليا ما يقلل او يزيد من قلقه. وبعد عودة مونيز الى وطنه لشبونة ، قام باجراء حوالي ٥٠ عملية من هذا النوع على المرضى في خلال عام واحد ، ونشر نتائجه في كتاب خاص ، وقام بتطبيق توقعاته عملياً بمعاونة الجراح (ليما Almeida Lima) ، واجريت العملية الأولى في ١١ نوفمبر سنة ١٩٣٥ ، وتابعها بحوالي مئة عملية اخرى . ومما يذكر ان مونيز كان طبيبا متعدد المواهب والهوايات ، فكان الى جانب الطب ، مؤرخا وناقدا وأديبا وموسيقيا وفعالا في المجال السياسي ، واصبح سفيرا لبلاده في وقت ما. ومن المفارقات ان مونيز اصيب بالشلل نتيجة طلقة نارية اصابته في النخاع الشوكي ، وكان الحادث من فعل احد المرضى الذين اجرى عليهم العملية الجراحية الدماغية في وقت سابق. وقد كوفيء مونيز على عمله الرائد بمنحه جائزة نوبل. وفي تقدير مونيز لنتائج هذه العملية قال في حينه بأن فائدة العملية هي اكثر ما تكون في المرضى غير الشيزوفرينيين ، من المصابين بالكآبة والأفكار التسلطية وامثالها ، وهو الاستنتاج الذي توصل اليه العلماء بعد فترة طويلة من اختبار نتائج العملية على المرضى .

لقد اجريت العملية على يد الكثيرين من الجراحين خلال نصف القرن الذي تلا اجراءها الأول عام ١٩٣٥ . وادخلت تعديلات عديدة على العملية الكلاسيكية الأولى التي اجراها مونيز والتي تتخلص في بتر حزم من الخيوط العصبية التي تصل جانب المنطقة الأمامية للدماغ من الناحيتين مع المراكز الوسطى في الدماغ. وهنالك اليوم العديد من هذه التعديلات والتطويرات للعملية الأساسية ، وهي تتحدد في انتزاع او بتر اجزاء صغيرة ومحددة من مناطق مختلفة من الدماغ,وتتلاءم مع اجتهاد القائمين بها مع الاضطراب العقلي الذي يعاني منه المريض . وعلى العموم فان العملية في السنوات الأخيرة اصبحت اقل تسببا للآثار الجانبية ، واكثر ملاءمة للاضطراب العقلي او النفسي الذي يعانيه المريض ، وهي اليوم تجري في حدود اقل بكثير مما كانت تجري فيه في العشرين سنة الأولى من ابتكارها ، وهنالك بعض البلدان التي لا تجيز اجراء العملية ، وتعتبر الاجراء عملا لا انسانيا ، وبأن لها أن تحدث من الاضرار والتغيير في شخصية المريض وهويته مما لا يمكن الرجوع عنه ابدا. وبقدر ما يتعلق امر العملية بمرض الشيزوفرينيا ، فان الفوائد المرجوة من العملية قد اصبح بالامكان تحقيقها بصورة افضل واسلم بوسائل اخرى اهمها العقاقير، وهكذا فان اللجوء الى العملية في هذا المرض ينحصر فقط في الحالات التي لا تستجيب لعلاج اخر ، والتي يضطرب فيها سلوك المريض بصورة خطيرة ويتجه نحو افكار وافعال تسلطية قسرية ، او في الذين يعانون ضمن مرضهم الشيزوفريني من حالات شديدة من القلق والخوف والفزع مما لا يمكن ايقافه بوسيلة علاجية اخرى.

٤ ـ العلاج الدوائي

استعملت العقاقير، من مساحيق وعصارات وخلاصات نباتية وحيوانية منذ العصور القديمة في علاج الاضطرابات العقلية . وقد وردت اسماء كثيرة منها في الكتب الطبية والدوائية في حضارات مختلفة ، ومما لا شك فيه ان بعضها كانت لها فائدة في التخفيف من الأعراض المرضية التي يعانيها المريض. وقد يؤدي البحث في تركيب بعض هذه العقاقير الى التوصل الى المادة الفعالة والتي تحدث اثرها العلاجي.

ومن هذه البدايات العشوائية والتجريبية لاستعمال العقاقير، تواصلت المحاولات الى اكتشاف عقاقير اكثر فعالية، وقد ادت هذه المحاولات الى اكتشاف العديد من المركبات الدوائية التي برهنت على فائدتها في علاج الأمراض العقلية بما في ذلك مرض الشيزوفرينيا. وتتوفر لدينا الآن مجاميع عديدة من المركبات الدوائية المفيدة، والتي يتزايد عددها باستمرار. ومع طول العهد لاستعمال هذه العقاقير، الا اننا ما زلنا حتى الآن نجهل الطريقة التي تفعل بها هذه الأدوية، وان كانت هنالك بعض النظريات التي تفسر ذلك، والتي قد لا تكون بعيدة عن الواقع. ومع جهلنا لطريقة فعلها، الا ان العقاقير الدوائية تعتبر اليوم افضل وسيلة علاجية لمرض الشيزوفرينيا، وذلك لفعاليتها أولا، ثم لسهولة صرفها وتناولها وامكانية التصرف بمقاديرها ولقلة اثارها الجانبية، وبالنظر لفعالية هذه المركبات ومجال استعمالها العقلي، فقد سميت بالأدوية المعقلة neuroleptic وهي تستعمل بصفة خاصة في علاج مرض الشيزوفرينيا، غير ان بالامكان استعمالها كعلاجات مهدئة او لغير ذلك من الغايات في امراض نفسية وعقلية واخرى.

وبالاضافة الى العقاقير المعقلة، فان هنالك عقاقير اخرى تستعمل في علاج مرض الشيزوفرينيا، ومن هذه العقاقير المضادة للكآبة والتي تستعمل كادوية مساعدة للادوية المعقلة، خاصة في الحالات المرضية الشيزوفرينية التي يبرز فيها عنصر الكآبة، واخيرا هنالك الأدوية المعروفة بالعقاقير المضادة الكولونية، وهي عقاقير ذات فعل يقي من الأعراض الجانبية المعروفة بالباركنسون، والتي قد تظهر بسبب استعمال الأدوية المعقلة. وفيما يلي اهم العقاقير المستعملة حاليا من هذه الفئات الدوائية المختلفة وهي :-

١) الأدوية المعقلة ٢) والأدوية المضادة للكآبة ٣) والأدوية المضادة الكولونية.

الأدوية المعقلة

Neuroleptics

تتوفر عدة مجموعات دوائية معقلة كعلاجات للمرض الشيزوفريني، وقد سميت بهذا الاسم لأنها تحدث تأثيرها على الحياة العقلية للمريض، ولها ان تؤدي الى انحسار اعراض الاضطراب العقلي بدرجة ما في المريض. وهنالك عدة مجموعات من هذه العقاقير تختلف الى حد كبير أو قليل في تركيبها الكيماوي. ومع انه قد تكون بعض هذه المجاميع او المركبات اكثر فعالية من مجاميع ومركبات اخرى، الا ان هنالك مجالا لاستعمالها كلها في حالة مرضية او أخرى، خاصة اذا لم تستجب الحالة المرضية لفعل مركب او اخر من المركبات الأكثر فعالية، او اذا كان لمجموعة او مركب ما اثار جانبية تحتم استبدالها بمركب من مجموعة اخرى. وفيما يلي بيان عن مجاميع الأدوية المعروفة في علاج الشيزوفرينيا، وأهم المركبات الدوائية المتداولة والمتوفرة في هذه المجاميع.

١) مجموعة مستحضرات (الراولفيا Rawolfia :تشمل هذه المستحضرات مجموعة من الخلاصات النباتية لفصيلة نباتية تدعى (راولفيا)، وقد عرفت بعض هذه المستحضرات منذ القدم في بلدان شرقية ومنها الهند، واستعملت في علاج بعض الاضطرابات العقلية وخاصة للسيطرة على حالة القلق. وفي عام ١٩٥٢ حضر احد هذه المستحضرات وهو سيربسيل Serpesil واستخلص العامل الفعال فيه من جذر نبته تسمى (راولفيا سيربانتينا)، واستعمل هذا المستحضر في علاج الشيزوفرينيا، كما استعمل وما زال

يستعمل في علاج ارتفاع ضغط الدم (سربسيل Serpasil, Reserpine) ، غير ان استعمال المستحضر في علاج الشيزوفرينيا لم يدم طويلا بالنظر لما يحدثه هذا المستحضر من خمول واكتئاب في المريض ، وبسبب ظهور مركبات دوائية اخرى اكثر فعالية واقل اثاراً جانبية من هذا المستحضر .

ويتحدد الان استعمال هذا المستحضر وامثاله من المواد المشابهة فقط في الحالات التي لا تستجيب لأي علاج اخر ، او لأن المريض يعاني من حساسية خاصة لعلاجات اخرى معقلة .

٢) مجموعة الفينو ثايازين :

هذه المجموعة هي اهم مجموعة دوائية علاجية معقلة ، وتتضمن اكبر عدد من الأدوية الفعالة في علاج مرض الشيزوفرينيا . وباستثناء المركب الأساسي والأقدم من هذه المجموعة وهو مركب فنرجان ، فان هذه المجموعة تنقسم الى ثلاث فئات من العقاقير ، كل فئة منها تتضمن بعض المستحضرات المتقاربة كيمياويا . فالفئة الأولى تتضمن العقاقير التالية وهي : ١) كلوروبرومازين (لارجكتيل) و٢) برومازين (سبارين) ، اما الفئة الثانيـة فاهم مـركباتهـا دواء ثايـوري دازين (ملبريـل) ، ومن مستحضرات المجموعة الثالثة ١) مركب تراي فلوبيـرازين (ستيلازين) ، و٢) بيـرفينازين (تـرايلفون) ، و٣) فلوفينازين (موديتين ، واناتنزول ، ومودكيت) و٤) بروكلوربيرازين (كومبازين) . وغيرها .

وفيما يلي مختصر لأهم المعلومات عن أهم هذه المركبات :-

فينرجان (برومیثازين)

مركب فينرجان هو اول مستحضر كيمياوي من هذه المجموعة ، وقد استعمل في البداية كدواء مضاد للحساسية والتقيؤ وكمسكن ، وكان الطبيب الفرنسي لابوريت- ١٩٤٠ هو أول من قام بتجارب على هذا الدواء لمنع الصدمة الجراحية . ومع ان الدواء لم يكن مفيدا لهذا الغرض ، الا انه ادى الى جعل المرضى في حالة اكثر هدوءاً واقل قلقاً قبل اجراء العملية الجراحية لهم . وبسبب فعله التسكيني فقد استعمل الدواء في علاج الاضطرابات العقلية بما فيها مرض الشيزوفرينيا . ومع ان استعماله لهذا الغرض قد قل الى حد كبير بسبب ظهور مركبات اخرى اكثر فعالية ، الا ان هنالك بعض الأطباء ، خاصة من المدرسة الطبية الفرنسية ، ممن ما زالوا يصفون الدواء في علاج الشيزوفرينيا اما مفردا او بالاضافة الى مركبات معقلة اخرى .

كلوروبرومازين (لارجكتيل)

في عام ١٩٥٢ حضرت مركبات اخرى من المركب السابق ، ومنها مركب (كلوروبرومازين) او لارجكتيل كما يعرف تجاريا ، وكان بول شاربنتيز هو أول من حضر هذا الدواء كيمياويا ، وقد استعمل المركب في البداية كمهيىء لاعطاء التخدير للعمليات الجراحية ، وقد تبينت فائدته في التقليل من قلق المريض ، وفي احداث حالة الاسترخاء ومنع التقيؤ اثناء التخدير ، او بعد اتمام العملية الجراحية . وقد شجعت هذه النتائج طبيبين فرنسيين (ديلي ودنكر) ١٩٥٢ على استعمال المـركب في علاج الأمـراض العقلية . ومنذ ذلك الحين ، وبالرغم من العدد الكبير للمركبات العقلية التي اكتشفت سواء من مجموعة

الفينوثايزين هذه، او من المجموعات الأخرى، فان دواء لارجكتيل ما زال اكثر العلاجات المعقلة استعمالا واكثرها فائدة ومن اقلها اثارا جانبية . واكثر فائدة لهذا الدواء هي في علاج الحالات الشيزوفرينية التي تظهر فيها اعراض الحدة والهياج والحركة الدائبة مثل حالات الشيزوفرينيا الحادة والهياجية وحالات البارانويا الحادة وحالات الكاتاتونيا الحادة في دور الهياج .

ومن أهم خصائص هذا الدواء امكانية صرفه باماں في حدود واسعة من الجرع الدوائية والتي تتراوح بين ١٥٠ وحتى ١٢٠٠ ملغرام يوميا. وعند انحسار الأعراض المرضية يفضل تخفيض الجرعة اليومية الى ٣٠٠ ملغرام او الى اقل من ذلك. ولهذا المركب فائدة التهدئة السريعة في الحالات الهياجية، وفي الحالات التي تعاني من الأرق، وفي مثل هذه الحالات يعطى دواء لارجكتيل بحقن عضلية بمقادير تتراوح بين ٥٠ الى مئة ملغرام. ومن خصائص هذا الدواء هو قلة احداثه لاعراض الباركنسون، غير ان له ان يحدث تأثيرا على الغدد الصماء وزيادة في الوزن والنعاس وعدم الاستقرار والدوار والامساك والغثيان واليرقان بسبب اصابة الكبد، والوهن وغيرها، وهي الآثار الجانبية التي يجب ان ترصد عند المعالجة بهذا الدواء. ومما تجدر ملاحظته ضرورة قياس مستوى الدواء في الدم، ذلك ان بعض المرضى يظهرون مستويات عالية وسامة في دمهم من هذا المركب مع انهم يتناولون مقادير قليلة او معتدلة منه، وبعضهم يظهرون مستويات منخفضة وغير فعالة من المركب في دمهم مع انهم يتناولون مقادير كبيرة من الدواء .

برومازين (سبارين Sparine)

فائدته العلاجية كمعقل قليلة جدا، غير ان له فائدة ملحوظة كمسكن وكمضاد للتقيؤ، وجرعته الدوائية مماثلة للدواء لارجكتيل، وهو غير سام للكبد، وله فائدة كمنوم خاصة في كبار السن، وجرعته الدوائية اليومية تقع بين ٧٥ الى ١٥٠٠ ملغم .

ثايوري دازين (مليريل Mellaril)

هذا المركب هو اقل فعلا تسكينيا من مركب لارجكتيل، غير ان اعراضه الجانبية اقل وخاصة في احداث حالة الباركنسون. وجرع هذا الدواء تقع في حدود ٧٥-٣٠٠ ملغم يومياً، ويجب ان لا تتجاوز ٦٠٠ الى ٨٠٠ ملغم في اليوم وذلك لامكانية حدوث صبغ الشبكية **Retinal Pigmentation** وما قد يؤدي اليه ذلك من فقدان البصر. ومن الآثار الجانبية الأخرى للدواء هي امكانية حدوث اضطراب في عملية القذف المنوي وهو ما يدفع المريض الى الاعراض عن تناول الدواء. ومن الآثار الممكنة ايضا تأثير الدواء السام على القلب، مما يجعل الدواء غير محبذ الاستعمال في كبار السن او الذين يعانون من عطل ما في القلب او الدورة الدموية .

تراي فلوبيرازين (ستيلازين)

ويأتي هذا الدواء في المرتبة الثانية بعد دواء لارجكتيل من حيث اتساع استعماله وفائدته العلاجية، وهو اكثر قوة من اللارجكتيل، كما يتضح من جرعته اليومية والتي تقع في حدود ١٥ الى ٤٥ ملغم يوميا. واكثر استعمالات الدواء هي في حالات الشيزوفرينيا التي يتصف صاحبها بالخمول والانطواء، وفي حالات البارانويا. والعلاج على العموم اكثر ملاءمة للمرضى متوسطي أو كبار السن وهم عادة اقل تهيجا

وحدة مرضية من المرضى الاصغر سناء، وبالنظر لما يمكن لهذا المركب ان يسببه من تنشيط عصبي ، فان من المستحسن عدم تناوله في المساء . ولهذا الدواء اعراض جانبية أهمها تسبيب حالة الباركنسون باعراضها الارتعاشية والتصلبية .

بيرفينازين (ترايلفون- فنتزين)

مركب فعال ، وان كان لا يجتذب الاهتمام الطبي ، ولعل أهم فوائده هي في حالات الشيزوفرينيا الكآبية . وهو فعال في هذه الحالات اذا ما استعمل مع مضادات الكآبة . وجرعة الدواء تقع في حدود ٢ الى ١٦ ملغم يوميا . وتكثر الأعراض الجانبية الباركنسونية باستعماله ، وهي تظهر عادة في الأيام الأولى من هذا الاستعمال .

فلوفينازين (موديتن)

يستعمل هذا المركب على صورة الهايدروكلورايد ، ويؤخذ عن طريق الفم في جرع تتراوح بين ٢ الى ١٠ ملغم يوميا ، او بصورة مركبين يعطيان عن طريق الحقن العضلية ، وهما مركب فلوفينازين ايناتثيت (انانتسول) ، ومركب فلوفينازين ديكونيت (موديكيت) . وهذان المركبان الاخيران عن طريق الحقن العضلية لهما فعل طويل المدى من (٢ الى ثلاثة اسابيع) ، ولهذا فان لهما فائدة خاصة في علاج المرضى الذين لا يتعاونون في امر تناول الدواء عن طريق الفم ، او الذين يصعب تنظيم تناولهم للدواء وهم خارج المستشفى لسبب او اخر . ولهذين المركبين فائدة خاصة وذلك كوسيلة للادامة الدوائية ولمنع الانتكاسات المرضية . ولما كان لهذه المركبات خطر احداث اعراض جانبية منها حالة الباركنسون وانخفاض الضغط والوهن العضلي ، لهذا يقتضي الاحتراز من ذلك بتناول الدواء عن طريق الفم (الموديتين) اولا ، او باعطاء نصف أو ربع امبول الحقنة العضلية ورصد ظهور الأعراض الجانبية قبل الاقدام على اعطاء حقنة كاملة لا سبيل لتخليص الجسم من آثارها المتجمعة بسهولة .

مركبات ثايوبروبازيت (دارتال) وبروكلوبيرازين (ستيماتيل)

والمركب الأخير منهما (ستيماتيل) هو الأكثر فائدة ، ويستعمل في علاج المرضى الذين يتعرضون لضوء الشمس كما هو الحال في المناطق الحارة ، وللمركبين امكانية الفعل العلاجي في حالة فشل المركبات الأخرى في اعطاء فائدة علاجية ، ولهذا المركب فعل متميز ضد التقيؤ والغثيان ، غير انه كثير ما يحدث اعراضا باركنسونية (الشلل الاهتزازي) .

٣) مجموعة (ثايوكسانثين) :

ومن أهم الأدوية في هذه المجموعة مستحضر نافان ، وهو قليل الاستعمال والفعالية في مرض الشيزوفرينيا ، ومستحضر فلوبنثكسول (دبكسول) وهو مستحضر يستعمل كحقن عضلية طويلة مدى الفعل ، وله فوق فعله المعقل فعل رافع للمزاج ، ذلك انه لا يسبب انخفاض المزاج ونقص الحافز الذي تسببه حقن موديكيت مثلا ، ومركبات هذه المجموعة هي على العموم اقل فعالية من مجموعة المركبات السابقة .

٤) مجموعة بيوتيروفينون :

ومن أهم مركبات هذه المجموعة هو مركب (هلوبيردول) والمعروف تجاريا باسم (سيرنيز)، وهذا المركب سريع الامتصاص من الأمعاء او الحقن العضلية مما يجعله سريع الفعالية ومفيدا في حالات الشيزوفرينيا الحادة التي تتصف بالهياج، وفي حالات البارانويا الشيزوفرينية الحادة، وفي الحالات الشيزوفرينية التي يتوفر فيها عنصر الالحاح والافكار والأفعال التسلطية والقسرية، وهنالك فائدة من استعماله في المرضى الذين يزيد وزنهم عن المعتاد والذين يتسمون بالخمول وقلة النشاط. والدواء يمكن اخذه عن طريق الفم أو عن طريق الحقن، وتتراوح مقاديره في حدود واسعة (من ١ الى ٢٠٠ ملغم في اليوم) ويفضل البدء باستعمال ١٠ الى ١٥ ملغم يوميا وتزداد تدريجيا الى المقادير اللازمة. وفي الحالات الحادة يمكن اعطاء هذا الدواء بحقن عضلية (١٠ ملغم كل نصف ساعة خلال ثلاث ساعات، ومن ثمة متابعة العلاج عن طريق الفم. وفي الحالات الحادة والشديدة الهياج يمكن اعطاء الحقن عن طريق الوريد).

٥) مجموعة مركبات دايفنيل بيوتيل بايبردين :

وأهمها مركب بيموزايد (Pimozide) والمعروف بالاسم التجاري (أوراب Orap) ويستعمل هذا المركب في حالات الشيزوفرينيا التي تتصف بالخمول وبقلة التواصل الاجتماعي. ويمكن استعماله مرة في اليوم وبمقادير تتراوح بين ١٠ الى ٢٠ ملغم في اليوم، والآثار الجانبية للدواء قليلة وخاصة الباركنسون، غير انه قد يسبب طفحا جلديا او كآبة أو تهيجاً. ومن المركبات الدوائية الأخرى من هذه المجموعة، مركب بنفلوردول، وهو مركب يعطى عن طريق الفم وفعله طويل الأمد ويستمر حوالي الاسبوع، ومركب (فلوزبرلين) ويعطى في حقن عضلية اسبوعيا وكلاهما يستعملان في الشيزوفرينيا المزمنة، أو في أولئك المرضى الذين لا يستجيبون لفعل ادوية اخرى او التي تمنع الأعراض الجانبية الناجمة من مواصلة استعمالها خاصة عارض الباكنسون.

٦) مجموعات مركبات B-ardrenergic-blockers :

ومن أهم هذه المركبات المركب بروبرانولول والمعروف تجاريا باسم انديرال،وهذا المركب هو من الأدوية الحديثة المستعملة في علاج القلق، أو التخفيف من آثاره في المواقف التي من شأنها ان تثير القلق، وللدواء بذلك فعل خاص في التقليل من الاعراض التي تمثل زيادة فعالية الجهاز العصبي الذاتي (العاطفي)، مثل الخفقان والارتعاش، وتسارع دقات القلب، والتنمل، والتعرق البارد، وانغلاق الصدر وغيرها من الأعراض التي تصاحب القلق الطارىء، كما ان الدواء يستعمل في علاج الأمراض القلبية ومرض ضغط الدم، وان كان من غير المؤكد فيما اذا كان فعل الدواء هو فعل مركزي على مراكز الاعصاب المختصة بالحركة القلبية والدموية او ان فعله هو محيطي خارجي على الاعصاب المتصلة بالقلب والدورة الدموية، ومنذ عدة سنوات استعمل الدواء في علاج الحالات الشيزوفرينية، غير ان ما اعطي من نتائج ايجابية حتى الآن لا يبرر استعمال الدواء الا في الحالات التي لا تستجيب الى وسائل علاجية اخرى، أو في الحالات التي يكون فيها القلق هو العارض الرئيسي. ولكي يكون العلاج فعالا في الشيزوفرينيا فانه

يقتضي صرف الدواء بمقادير كبيرة ولمدة طويلة من الزمن ، وهو الاستعمال الذي يمكن ان يؤدي الى اعراض جانبية قد تكون خطيرة ، وهكذا فإن افضل وسيلة لاستعمال الدواء هي باعطائه بجرع قليلة ولمدة طويلة لا تقل عن ثلاثة اشهر . هذا ولا فائدة هنالك من استعمال هذا المركب وحده وانما كجزء من عملية علاجية متعددة الاطراف

ومن المركبات الدوائية الحديثة مركب ينتمي الى مجموعة داينزازبين وهي مجموعة غير فنازينية ، وهو الدواء المعروف باسم كلوزابين ، ويبدو ان هذا المركب فعال جدا في علاج الشيزوفرينيا غير ان له اعراضا جانبية هامة مثل سيل اللعاب وارتفاع الحرارة والانقاص الشديد للخلايا البيضاء في الدم مما يجعل استعماله امرا محفوفا بالخطر في الوقت الحاضر . وهنالك مركب دوائي آخر لا صلة كيمياوية بينه وبين أي مركب دوائي آخر من المعقلات ، ويسمى زيتي دولين Zetidolin (ZTD) وقد أفادت التجارب العلاجية بفائدته وخاصة في الحالات الحادة أو في الانتكاسة المرضية ، ومن مزاياه ان المريض يتقبله بسبب قلة أعراضه الجانبية خاصة أعراض الباركنسون واعراض الجهاز العصبي العاطفي .

ان مما يلاحظ في موضوع استعمال العقاقير المعقلة هو ان مغظم الاطباء المعالجين لا يستعملون المقادير الكافية من الدواء وبصورة سريعة وللمدة الكافية . وهذا الواقع يفسر البطء في الحصول على النتائج العلاجية الايجابية مما له ان يطيل من مدة المرض ومن تجربة المعاناة بالنسبة للمريض ومن يقوم بامر العناية به . وهنالك الكثيرون من الاطباء ممن لا يعطون الفرصة الكافية للدواء لكي يحدث اثره او يبرهن على هذا الاثر ، واعطاء مثل هذه الفرصة هو امر لازم ، لان الادوية المعقلة حالها حال ادوية اخرى عديدة تحتاج الى بضعة ايام على الاقل لكي تبدأ في اظهار فعاليتها . وهنالك ايضا من يميل الى استعمال دوائين معقلين او اكثر في آن واحد ، وهو اسلوب علاجي عشوائي له ان يزيد من الأعراض الجانبية وان يضلل الباحث عن الدواء المسبب لها ، كما ان تفاعل الادوية المختلفة مع بعضها له ان يقلل من فعاليتها الدوائية ، ولهذا يفضل استعمال دواء واحد في وقت واحد . واذا ما اقتضى الامر استعمال دوائين فليكن ذلك بعد اعطاء احدهما فرصة الفعل العلاجي لمدة معقولة من الزمن وبالجرعة الكافية ، وبهذا الاسلوب يمكن رصد الفعل العلاجي والآثار الجانبية للادوية المستعملة . وهنالك امر مناسيب الدواء في الدم بالنسبة لما يؤخذ منها عن طريق الفم ، فقد تكون نسبة ما يصل منها للدم اقل بكثير مما يتناوله المريض ، وبحدود تقع بين ضعفين الى خمسين ضعفا . كما ان مستوى الدواء في الدم قد يكون اكثر مما هو متوقع من المقادير القليلة التي يتناولها المريض وذلك بسبب تجمع الدواء التدريجي في الدم ، ولهذا يقتضي رصد مناسيب الدواء في الدم بين الحين والآخر للتأكد من التوافق بين المقادير المتناولة وبين مقاديرها في الدم .

علاج الأدامة

يختلف مرض الشيزوفرينيا عن الكثير من الامراض الاخرى بانه يتجه نحو الازمان في نسبة غير قليلة من المرضى ، سواء كان ذلك باستمرارية المرض او بمعاودته للمريض على مراحل من الانتكاسات ، ثم ان النوبة المرضية في حد ذاتها قد تتواصل عدة شهور وهي لا تنتهي بصورة مفاجئة ، وفي الحالتين فان علاج المرض يقضي بتناول الدواء للمدة المناسبة من الزمن وبالمقادير الدوائية التي تضمن السيطرة الممكنة على الأعراض المرضية ومنع حدوث الانتكاسات المرضية في المستقبل ، ومثل هذا الاسلوب

العلاجي يطلق عليه مصطلح علاج الادامة ، وكما هو واضح ، فان مثل هذا العلاج يأتي مباشرة بعد الانتهاء من علاج المرحلة المرضية الحادة .

إن علاج الأدامة يتطلب مقادير دوائية اقل من المقادير التي كان يتناولها المريض في الأدوار الحادة من المرض ، والدواء المستعمل في مثل هذه الحالات هو عادة عين الدواء الذي كان يستعمله المريض أثناء الدورة الحادة لمرضه ، مع اجراء التخفيض التدريجي من جرع الدواء والى الحد الذي يبقى على التحسن في الحالة المرضية . وللطبيب المعالج ان يستبدل الدواء الاولي بدواء آخر يتناسب مع ما ادركه المريض من تحسن في وضعه المرضي ، اما الى متى يستمر صرف دواء الأدامة في هذه الحالة ، فقرار ذلك يعتمد على مسيرة الحالة المرضية ، فهنالك الكثير من الحالات التي لا تتطلب الاستمرار في تناول الدواء مدة طويلة ، غير ان هنالك حالات اخرى لها سمات الازمان او تنذر بالمعاودة او يتكرر فيها رجوع المرض ، وفي هذه الحالات يقتضي صرف دواء الادامة الى مدة طويلة من الزمن قد تبلغ سنوات عديدة ، واذا اتخذ مثل هذا القرار فان مقادير الدواء ونوعيته وطريقة تناوله تتقرر بناء على توصية الطبيب المعالج ، وهي التوصية التي تأخذ بعين الاعتبار مدى تعاون المريض واهله في موضوع الالتزام بتناول المريض للدواء ، وبالنظر لصعوبة ضمان ذلك فان علاج الادامة يعطى عادة على شكل حقن عضلية طويلة مدى الفعالية ، ويقتضي ذلك توفر هذه الحقن الدوائية في مراكز علاجية خاصة يراجعها المريض ، على ان تكون قريبة من منطقة سكنه . هذا وقد بينا انواع ادوية الادامة وآثارها وفوائدها في مكان لاحق من هذا الفصل (العلاج الوقائي) ويكفي ان نبين هنا القواعد التالية :

اولا : في اختيار علاج الادامة فانه يجب ان يؤخذ بعين الاعتبار الاثار الجانبية الضارة والممكنة لذلك العلاج على المريض على المدى القصير وعلى المدى الطويل واعطاء الدواء المفضل للحالة المرضية وبالجرع المعتدلة والمناسبة لوضعه الصحي العام من ناحية ولأعراض حالته المرضية من ناحية اخرى .

ثانياً : يفضل اعطاء علاج الادامة عن طريق الفم ، غير ان امكانية عدم تعاون المريض او اهله من ناحية ، وتناسي او اهمال تناول الدواء من ناحية اخرى ، فانها تدفع بالضرورة الى وجوب اعطاء مركب او آخر من مركبات الادامة التي تعطى على شكل حقن عضلية .

ثالثاً : بالنظر الى ان بعض المرضى قد يعانون من آثار جانبية حادة خاصة في مجال الجهاز الهرمي الخارجي Extrapyramidal system فإن هذه الحقن يجب ان تصرف في البداية بمقادير قليلة تزداد تدريجيا كل بضعة ايام ، او عن طريق اعطاء المركب الفعال عن طريق الفم .

رابعاً : تتوفر عدة مركبات دوائية على شكل حقن عضلية وهي ذات فعل طويل المدى يتراوح بين اسبوع وثلاثة اسابيع ومن هذه المركبات اثنان من مجموعة الفينوثايزين : (اناتنسول ، وموديكيت). ومركب ثالث من مجموعة ثايوكسانثين ، وهو (دبكسول)، ومركب رابع من مجموعة داي فنيل بيوتيل بابيردين وهي المجموعة التي ينتمي اليها مركب (اوراب)، وهذا المركب هو (فلوزبرلين)، والذي يعطى بحقن عضلية اسبوعية وهنالك تجارب على مركبات دوائية طويلة امد الفعل تعطى عن طريق الفم مرة كل اسبوع : (بنغلوردول) .

خامساً : معظم الابحاث افادت بتفضيل كبير لعلاج الادامة في التقليل من الانتكاسات المرضية على اعطاء علاج تمويهي صوري ، او بترك المريض بدون علاج .

سادساً : عند ابلال المريض من النوبة الأولى من المرض ، فانه يفضل ابقاء المريض على علاج الادامة لفترة قصيرة من الزمن يتم خلالها انقاص مقادير الدواء تدريجيا ثم ايقافه كليا والعودة اليه مجددا عند ظهور بوادر انتكاسة مرضية . اما اذا اصيب المريض بانتكاسة ثانية خلال السنتين الأوليين من بداية المرض ، فانه بذلك يحتاج الى فترة اطول من علاج الادامة قد تمتد الى حوالي العام ، اما الذين يصابون بانتكاسة ثالثة خلال سنة او سنتين من ابتداء المرض فانهم يحتاجون الى فترة اطول من علاج الادامة غير ان هذا لا يعني الاستمرار على ذلك بدون انقطاع مدى الحياة .

سابعاً : جرت محاولات لايقاف تناول علاج الأدامة «عن طريق الفم» خلال ايام عطلة نهاية الاسبوع ، ومع ان لهذا الاجراء فوائد عملية ونفسية ، الا انه يفضل بدلا من ذلك تقليل مقادير الدواء التي يتناولها المريض خلال هذه العطلة .

ثامناً : هنالك من البينات ما يؤيد الملاحظة بان الاستمرار في تعاطي دواء الادامة قد يمنع المريض وخاصة المرضى المزمنين من الاستفادة من امكانياتهم الذاتية وممارسة ارادتهم ، ولهذا فانه يقتضي ان يعطى لكل مريض فرصة التحرر من الدواء لفترة تجريبية يتم خلالها رصد الآثار الايجابية او السلبية المترتبة على ايقاف الدواء ويستأنف استعمال الدواء عند ظهور أعراض المرض من جديد

تاسعاً : يقتضي دائما عند تقرير ايقاف دواء الادامة او تبديله او ادخال عنصر جديد فيه ان يتم ذلك بصورة تدريجية خشية حدوث انتكاسة حادة للمرض .

عاشراً : يقتضي رصد مقادير الدواء التي تتوفر في دم المريض ، ذلك ان مقادير الدواء التي تعطى عن طريق الفم قد لا تتوافق مع مايتوفر من الدواء في الدم ، وقد تكون نسبة ما في الدم من الدواء أقل في حدود مرتين الى خمسين مرة مما يتناوله المريض من مقادير الدواء الفعلية عن طريق الفم . واذا ما تبينت مثل هذه الفروق الكبيرة ، فان الأصوب ان يعطى علاج الادامة عن طريق الحقن العضلية وبالمقادير وفي الفترات الزمنية التي تعطى النتائج الايجابية المتوخاة .

احد عشر : هنالك ظاهرة اهمال الالتفات الى الآثار الجانبية الممكنة والضارة للعلاج الادامي ، ولهذا يقتضي ضرورة الاستمرار في رصد هذه الاعراض ، والتي قد تكون خافية في الجسم وخاصة في كبار السن من المرضى ، والذين لا يحتملون مقادير كبيرة من الدواء او لفترة طويلة من الزمن .

الأدوية طويلة أمد الفعالية

لما كان من المتعذر في الكثير من الحالات الشيزوفرينية ضمان او تمكين المريض من المواظبة على تناول الدواء المعين عن طريق الفم ، وهو اجراء يتطلب صرف الدواء مرة او اكثر في كل يوم وما في ذلك من امكانية رفض المريض لتناول الدواء او تحايله لتجنب هذا التناول دائما او احيانا وامكانية اهمال المعنيين بامر علاج المريض في امر اعطاء الدواء في اوقاته ، لهذا قامت الحاجة الى البحث عن وسيلة تفي بالتغلب على

جميع هذه السلبيات ، وقد امكن ذلك عن طريق تحضير مركبات دوائية على شكل حقن عضلية اعدت بشكل يسمح بامتصاصها تدريجيا من العضل الى الدورة الدموية خلال فترة زمنية تتراوح بين اسبوع الى اربعة اسابيع .

فوائد هذه المركبات :

هنالك اولا فائدة ضمان تناول المريض للمقادير الدوائية اللازمة ، وهكذا يمكن تلافي معظم السلبيات التي اشرنا اليها آنفا ، والفائدة الثانية من استعمال هذه المركبات هي انها توفر مستوى جيدا وثابتا من التركيز الدوائي في الدم مما له ان يمكن من الحصول على نتائج علاجية ايجابية بسرعة اعظم مما يحدث عند تناول الدواء عن طريق الفم وهذا امر ضروري في الحالات المرضية الحادة والطارئة ،واخيرا فان هذه المركبات تضمن توافر مستويات ثابتة من تركيز للدواء والاستجابة له ، وهي امور يتعذر الحصول عليها في حالة تناول المركبات الدوائية عن طريق الفم ، فهذا الطريق لا يضمن وصول مستويات ثابتة المقادير الى الدم حيث ان هذه المستويات يمكن ان تتفاوت في حدود واحد الى خمسين ضعفا بين مريض وآخر وذلك بسبب التفاوت بين مريض وآخر في مقدرة الامعاء على امتصاص الدواء وبسبب فعل الكبد على ابطال مفعول الدواء كما ان المريض على العموم يظل في حالة تجاوب افضل وتقبل اعظم لهذا الاسلوب العلاجي الذي لا يضطره الى الخضوع الى تناول جرعات دوائية متعددة في كل يوم .

مجال استعمال هذه المركبات :

تستعمل هذه المركبات بصفة خاصة في ثلاث فئات من المرضى ، الفئة الاولى هي حالات الشيزوفرينيا الحادة والتي يمكن فيها اعطاء هذه المركبات عن طريق الحقن جنبا الى جنب مع تناول مركبات دوائية اخرى عن طريق الفم . اما الفئة الثانية من المرضى فهم اولئك الذين يجب ادامتهم على استعمال الدواء لمنع الانتكاسات المرضية في المستقبل . اما الفئة الثالثة فهي مجموعة المرضى الذين يقتضي الابقاء على حالتهم المرضية ضمن حدود مقبولة ولاقصى مدة ممكنة من الزمن كما هو الحال في نسبة غير قليلة من المرضى المزمنين .

المركبات طويلة الأمد المتوفرة حاليا :

تتوفر حتى الان مستحضرات دوائية طويلة مدى الفعل عن طريق الحقن العضلية (وكلها محضرة مع استر مذاب في الزيت) ومن هذه المستحضرات مستحضران ينتميان الى مجموعة الفينوثايزين من العقاقير المعقلة . المستحضر الاول هو فلوفينازين اينانثيت والثاني هو فلوفينازين ديكانويت (موديكيت) ، وليس هنالك من فرق هام في فعل اي من هذين المستحضرين غير ان المستحضر الاول له فعل اقصر (اسبوعين) من المستحضر الثاني (٣ـ ٤ اسابيع) . وهنالك بعض الملاحظات بان المستحضر الاول له من الأعراض الجانبية اكثر مما للمستحضر الثاني غير ان هذه الملاحظات غير متواترة التأكيد ، اما المركب الثالث طويل المدى فهو فلوبنثكسول ديكانويت (دبكسول) ، والذي يلاحظ بانه اقل تسبيبا للاعراض الجانبية كما يلاحظ بان له صفات مضادة للكآبة وهو يوصف عادة للحالات المرضية التي تتصف باعراض الخمول والانعزال والاكتئاب ، والمستحضر الرابع ينتمي كالمستحضر السابق الى مجموعة الثايوكسانثين .

ويعرف كيماويا؟ ويستعمل عادة في حالات الشيزوفرينيا التي تتصف بالهياج والتعدي والشك. والمستحضر الخامس والأخير هو فلوزبرليين. وينتمي الى مجموعة الأدوية التي منها دواء (أوراب).

قواعد الاستعمال :

ان جميع هذه المستحضرات لها تأثير علاجي مماثل، كما أن آثارها الجانبية متماثلة في حدود متقاربة جدا، واستعمال الواحد منها او الآخر يخضع لذلك لاختيار الطبيب المعالج وتوفر المستحضرات منها وتبعا للمدة الزمنية للفعل المطلوب، ذلك ان هذه المستحضرات تختلف في مقادير تركيز الدواء فيها وفي مدة فعلها، غير ان هنالك بعض الملاحظات حول استعمال هذه المستحضرات مما يستوجب التقيد به منعا للحصول على النتائج السلبية وهذه الملاحظات هي :

١ ـ الابتداء باستعمال مقادير قليلة من الدواء (ربع او نصف الامبولة الواحدة) وذلك لرصد امكانية حدوث اعراض جانبية حادة، قد يكون حدوثها سببا في امتناع المريض عن اخذ الحقن في المستقبل.

٢ ـ المخطط العلاجي للمريض، ويجب ان يوضح بصورة فردية، من حيث اختيار المستحضر والمدة الزمنية بين حقن امبولة واخرى، وطول مدة المعالجة وتقرير مدى ضرورة اعطاء مركبات علاجية اخرى عن طريق الفم في نفس الوقت.

٣ ـ الاستمرار برصد حالة المريض وذلك لامكانية ظهور اعراض جانبية جديدة في وقت ما، وهي الاعراض التي قد تزداد شدة مع مرور الزمن، او ان لها ان تظهر بعد فترة طويلة من تناول العلاج.

٤ ـ هنالك بعض البينات بان المستحضرات التي تحتوي مقادير اكبر من الدواء تعطي نتائج علاجية افضل، غير ان هذه البينات غير حاسمة حتى الان، ولهذا فلا مانع من محاولة اعطاء جرع اكبر من هذه المستحضرات للمرضى الذين لا يستجيبون للجرع المعتادة ولازمانها المقررة على ان يتواصل رصد حالة المريض ورصد ظهور الاعراض الجانبية.

٥ ـ بالنظر الى ان هذه المستحضرات قد تعطي من الاعراض الجانبية خاصة الاعراض المرتبطة بالجهاز الهرمي الخارجي ما هو اشد واسرع مما تعطيه المركبات الدوائية عن طريق الفم، فان من المستحسن دائما الوقاية من ذلك باعطاء احدى المركبات الدوائية المضادة للباركنسون مثل ارتان او كمدرين او ما يشابهها.

٦ ـ من متابعة الحالات المرضية التي تعالج بحقن طويلة مدى الفعل فانه يلاحظ بان معظم المرضى يحتاجون الى مقادير اقل من الدواء مع مرور الزمن للحصول على نفس النتائج العلاجية ولهذا يقتضي مراجعة هذه المقادير بصورة دورية وانقاص هذه المقادير اذا كان ذلك ممكنا عن طريق المباعدة التدريجية بين حقنة عضلية واخرى.

*

ان الابحاث الاختيارية قائمة منذ عدة سنوات في محاولة لايجاد مركبات دوائية تصرف عن طريق الفم وتكوّن طويلة مدى الفعل. وهو امر له ان يسهل من صرف الدواء للمرضى خاصة المرضى خارج المستشفيات او الذين يقطنون مناطق لا يسهل فيها زرق الابر. ومن المستحضرات التي اجريت بنجاح هو مركب ينتمي الى مجموعة مركبات بيوتروفينون التي منها مركب سيرنيز واسمه بنفلوردول ويعطى مرة في الاسبوع عن طريق الفم وقد افادت التجارب بانه فعال في حالات الشيزوفرينيا الحادة.

علاج الحالات الحادة :

الاعراض الحادة في مرض الشيزوفرينيا قد تكون اول ما يظهر من اعراض في المريض وقد تأتي هذه الاعراض بعد فترة قصيرة او طويلة من الأعراض التدريجية كما ان الحالة الحادة قد تأتي خلال الحالة المرضية الشيزوفرينية الاعتيادية او المزمنة، او ان المريض ينتكس في وقت ما الى نوبة جديدة من الانفعال الشيزوفريني الحاد. واهم اعراض هذه الحالة هي سرعة ظهور الأعراض وبروز عناصر الهياج وعدم الاستقرار والميل الى العنف والتعدي ووفرة اعراض الاضطراب العقلي من هلاوس وأوهام وقد تأتي الاعراض على عكس ذلك وتتسم بالانزواء والخمول والاكتئاب والامتناع عن الطعام والأرق.

ان الحالات الشيزوفرينية الحادة تتطلب اجراءاً سريعا وفعالاً من العلاج سواء كان ذلك داخل المستشفى أو خارجه، وبالنظر لان تناول الدواء عن طريق الفم هو اجراء بطيء اضافة الى ما يحدث عادة من صعوبة في مطاوعة المريض في تناول الدواء، فان الاسلوب العلاجي يتخذ احدى الطرق التالية والتي للطبيب المعالج ان يقرر افضلها بالنسبة للمريض وظروفه وامكانياته.

اولاً : اعطاء المريض حقنة عضلية للتهدئة من مركب لارجكتيل (٢٥- الى ٥٠ ملغم) والتي يمكن اعادتها حسب الضرورة، او باعطائه حقنة عضلية من مركب سيرنيز (٢/١ ٢ - ٥ ملغم)، ومتى امكنت السيطرة على الأعراض الحادة فان بالامكان متابعة العلاج بهذه المركبات عن طريق الفم او باستعمال الحقن العضلية للمركبات الدوائية طويلة مدى الفعل.

ثانياً : بالامكان الابتداء بحقن عضلية طويلة مدى الفعل اما وحدها او باضافة مركب معقل آخر عن طريق الفم.

ثالثًا : معالجة المريض بالصدمة الكهربائية، وذلك بغية تحقيق الهدوء الكافي الذي يسهل تناوله للدواء عن طريق الفم.

رابعاً : اعطاء المريض جرعا متزايدة تدريجياً من الادوية المعقلة المناسبة لحالته وعن طريق الفم، واكثر هذه الادوية فعالية في الشيزوفرينيا الحادة هما مركب لارجكتيل ومركب سيرنيز، ومتى أمكنت السيطرة على الاعراض الحادة، فانه يقتضي متابعة العلاج بتخفيض مقادير الدواء عن طريق الفم او باعطاء حقن عضلية من المركبات طويلة مدى الفعل كعلاج ادامي.

ان اختيار اي من هذه الطرق العلاجية للحالات الشيزوفرينية الحادة يجب ان يأخذ بعين الاعتبار مدى احتمال الخطورة من حدوث الأعراض الحادة للمرض وضرورة حسم الحالة المرضية باسرع زمن

ممكن، وامكانيات المريض الصحية الجسمية، والأعراض الجانبية التي قد تظهر بسبب استعمال اي طريقة علاجية، واخيرا فانه يقتضي اخذ ظروف المريض المختلفة من اقتصادية واجتماعية وعائلية ودراسة او عمل بعين الاعتبار في تقرير الاسلوب العلاجي ومكان وكيفية تطبيقه.

العلاج بالنوم

احداث حالة النوم في المريض، هي من اقدم الوسائل العلاجية، ذلك ان الانسان قد ادرك بالتجربة ومنذ اقدم الأزمان بأن النوم يعطي المريض حالة من الهدوء والاستقرار عند الاستفاقة من النوم، وعلى عكس الأرق الذي له أن يزيد في توتر المريض وفي هياجه وانفعالاته. ومن المركبات التي استعملت لغرض التنويم الكحول، والمواد المورفينية ومثلها من المستحضرات النباتية، ثم مركبات الكلوروفورم والأيثر المستعملة في التخدير، واخيرا مركبات البرومايد وكلوروهايدريت ومواد الباربتيوريت، وآخرها الأدوية المعقلة واهمها مركب اللاركتيل.

إن أول من استعمل الاسلوب الحديث في تنويم المرضى هو كلاسي Klasi عام ١٩٢٢، فقد أعطى مرضاه حقنا عضلية من مركبات الباربتيوريت، وبالقدر والمواعيد اللازمة لاعطاء المريض مامجموعه ١٦ الى ٢٠ ساعة من النوم في اليوم الواحد، ويوزع الدواء بحيث يتمكن المريض من النوم حوالى ٦ ساعات ثم الاستفاقة لمدة ساعتين يتمكن خلالها من تناول الطعام والقيام بأداء الحاجات الأساسية. ومع ان هذا الأسلوب العلاجي، والذي سمي فيما بعد بعلاج « التنويم المستمر » قد أفاد في الكثيرين من المرضى، الا انه في الوقت نفسه قد ادى الى الكثير من المضاعفات مما حمل الكثيرين على التخلي عنه وخاصة باستعمال مركبات الباربتيوريت. ولعل اهم المواد المنومة التي تستعمل الآن لغرض التنويم المستمر هي المركبات المعقلة وخاصة مركب لارجكتيل. وقد وجد بالتجربة بأن تنويم المريض بهذا الأسلوب يسعفه من المعاناة العقلية والتوتر. كما انه يسمح لوسائل علاجية اخرى مثل الصدمة الكهربائية بأن تكون اكثر فعالية علاجية. ومن الحالات المرضية التي يستعمل فيها علاج التنويم هي حالات الكآبة خاصة الكآبة الهياجية، وحالات الشيزوفرينيا خاصة في الدور الحاد والذي يتعذر فيه الحصول على تعاون المريض. هذا واكثر ما يستعمل العلاج التنويمي في كل من بريطانيا والاتحاد السوفييتي، وفي البلد الأخير تستعمل اجهزة كهربائية خاصة لاحداث النوم في المريض.

الآثار الجانبية للعلاج الدوائي

الآثار الجانبية للدواء هي الآثار السلبية وربما المؤذية او الضارة التي يمكن ان تتأتى من فعل الدواء على المريض وبصرف النظر عما اذا كان الدواء المعين مفيدا او غير مفيد، او انه احدث نتائج علاجية ايجابية او لم يحدث، والبحث في معظم الادوية المستعملة لعلاج اي مرض كان يبين بان لكل دواء فعلا جانبيا سلبيا من نوع او آخر ومن درجة او اخرى، وفي مريض او آخر. وعند استعمال اي دواء، فقد يقتضي اقامة الموازنة بين الحاجة لفعل الدواء العلاجي، وبين آثاره السلبية، والقاعدة المتبعة بشأن هذه الموازنة هي التوقف عن صرف العلاج مهما كان نافعا اذا ما تبين ان آثاره السلبية تزيد قدرا على فائدته العلاجية، او اذا ما كان بالامكان الاستعاضة عنه بدواء اقل سلبية في آثاره.

وفي الأمراض العقلية بصورة عامة، وفي مرض الشيزوفرينيا بصورة خاصة، فانا نجد بان الأعراض الجانبية السلبية للدواء كثيرة ومتفاوته الشدة في درجاتها، وسبب وفرة هذه الأعراض وشدتها يعود الى عدة عوامل، منها ما يعود الى حساسية خاصة عند بعض المرضى لفعل دواء او اخر من الادوية المستعملة في العلاج، ومنها ما يعود الى الفعل الخاص للدواء على جهاز او آخر من اجهزة الجسم اما مباشرة او عن طريق الاخلال في عمليات الميتابولزم (الاستقلاب) البايوكيميائي، او عن طريق الاخلال بالعمليات العصبية والعناصر الفعالة فيها، وهو اخلال كثير الوقوع في هذه الادوية بالنظر الى ان فعلها الاساس يقع على الجهاز العصبي والعناصر الفعالة في وظائفه. ومن العوامل المقررة والمساعدة على حدوث الاعراض الجانبية للادوية المعقلة هي المقادير الكبيرة التي تصرف للمريض، والتي تقترب في الكثير من الأحيان من أعلى حدود التحمل والخطر، وطول المدة الزمنية لتناول الدواء والتي قد تمتد اشهرا وربما سنوات عديدة، اضافة الى تناول اكثر من دواء واحد في الكثير من الاحيان مما يمكن من حدوث تفاعلات كيمياوية بين دواء وآخر والتي قد يكون من شأنها توليد اعراض جانبية جديدة لم تكن من الأعراض الجانبية لدواء واحد بمفرده، او ان تزيد في حدة الاعراض الجانبية الحاصلة من فعل كل دواء منها. ومن العوامل المقررة لحدوث الأعراض الجانبية هو عمر المريض وحالته الصحية العامة، وامكانية وجود آفة عضوية في جهازه العصبي المركزي (الدماغ) وقد لوحظ بأن الاعراض الجانبية للادوية المعقلة هي اكثر وقوعا وشدة مع تزايد عمر المريض، خاصة في الكبر والشيخوخة، كما ان شدة هذه الاعراض تبرز في الاشخاص الذين لا يتمتعون بصحة عامة جيدة، ويقل غذاؤهم عن المعدل المقبول، او الذين يعانون من آفة عضوية، مهما كان نوعها في الدماغ.

ان ابتداء ظهور اي عارض جانبي لاستعمال دواء معقل معين، لا يخضع لقاعدة ثابته، فالعارض المعين قد يحدث في الساعات او الايام الاولى لاستعمال الدواء وحتى بمقادير قليلة وقد يحدث ذلك بعد مرور فترة طويلة من الزمن حتى باستعمال مقادير كبيرة من الدواء، وقد يحدث عند ادخال عنصر جديد من العلاج، او عند التوقف الكلي عن استعمال العلاجات المعقلة. وقد تكون الأعراض الجانبية قائمة منذ زمن طويل، غير انها تظل متسترة وراء فعل العلاج، او مغمورة في فيض من الأعراض المرضية للمرض ذاته وبصورة قد تدفع الى الاعتقاد بان الاعراض الجانبية هي جزء من الصورة المرضية وليس من فعل العلاج.

ان تعدد المجاميع الدوائية المستعملة في علاج الشيزوفرينيا وكثرة المركبات ضمن كل مجموعة منها، يجعل من المتعذر حصر الأعراض الجانبية في نطاق واحد، ثم ان بعض العقاقير من مجموعة دوائية او اخرى قد تكون اكثر من غيرها تسبيبا للاعراض الجانبية، وفيما يلي بعض الاعراض الجانبية الهامة والتي قد يحدث واحدا منها او اكثر عند استعمال اي من المركبات العلاجية التالية والتي يكثر استعمالها في مرض الشيزوفرينيا، ويلي ذلك شرح لأهم الأعراض المرضية التي قد تحدث باستعمال الادوية المعقلة بصورة عامة، وهي تقع في مجالات الجسم، او في الجهاز العصبي، او في الحياة النفسية للمريض.

١) الاعراض الجانبية لمركب كلوروبرومازين (لارجكتيل = ثورازين) اهم الاعراض الجانبية لهذا المركب الدوائي، وهو اكثر المركبات الدوائية المعقلة استعمالا في مرض الشيزوفرينيا، هي: الشعور

بالنعاس، والدوخة والدوار، والأغماء، وعدم الاستقرار الحركي، والاعراض المشابهة للباركنسون، والتغيير في مستويات السكر في الدم من ارتفاع او انخفاض، وهبوط الضغط وجفاف الحلق واحتقان الانف، والامساك والنوبة الصرعية وقلة الانتباه والتركيز، واليرقان نتيجة انسداد قنوات الكبد، والطفح الجلدي، وتلوين الجلد وتخضيب القرنية ونقص الكريات البيضاء في الدم. ومن الاثار الجانبية الممكنة ايضا شعور الكآبة في المريض او زيادته ان وجد اصلا، وامكانية دفع المريض الى المحاولات الانتحارية بسبب ذلك.

٢) الاعراض الجانبية لمركب الستيلازين، وهي اعراض تشبه الى حد ما الاعراض الطفيفة التي تحدث عند استعمال مركب لارجكتيل، ففي الايام الأولى من الاستعمال قد يحدث عارض النعاس، والدوخة، وجفاف الحلق والامساك، وهبوط الضغط، وفقدان الشهية والأرق وغشاوة البصر. ومن الأعراض الاخرى عدم الاستقرار الحركي، والوهن العضلي، واعراض الباركنسن. هذا وكثيرا ما يسبب هذا الدواء زيادة في نشاط المريض مما يجعله مناسبا للمرضى الذين يتصفون بالخمول، وليس للمرضى الذين يتصفون بالنشاط والتهيج والذين قد يزداد نشاطهم وهياجهم، وله لذلك ان يسبب الارق فيهم.

٣) الاعراض الجانبية لمركبات الفلوفينازين (موديكيت، وغيرها) وهي في مجملها كالاعراض الجانبية التي تظهر في المركبات الاخرى من مجموعة الفينوثايزين والتي منها لارجكتيل وستيلازين ومللريل. غير ان هذه المركبات والتي تعطى عادة على صورة حقن عضلية، فانها تحدث اعراضها الجانبية بسرعة اكثر من المركبات الدوائية الاخرى التي تعطى عن طريق الفم، واهم الاعراض الجانبية لهذه المركبات هي حالات الاضطراب المعروفة بالاعراض الجانبية الهرمية (Extrapyramidal) والتي تشمل مجموعة من الأعراض التي يكثر حدوثها باستعمال الادوية المعقلة وخاصة مجموعة الفينوثايزين، وعلى الاخص مركبات الفلوفينازين منها. وهذه الاعراض قد تبدأ خلال اليوم الاول او الثاني من استعمال حقن هذه المركبات،وتفسر سرعة ظهورها بان المريض الذي تحدث فيه هذه الأعراض بانه قد اكتسب الحساسية الدوائية بنتيجة الاستعداد الوراثي، ولهذا يقتضي الاحتراز من حدوث هذه الاعراض اما بوضع المريض تحت العلاج بهذه المركبات (موديتين) عن طريق الفم لمدة تجريبية، او باعطاء مقادير قليلة من الدواء بحقن تزداد تدريجيا.

٤) الاعراض الجانبية لمركب ثايورى دازين (مللريل). وهو مركب اخر من مجموعة الفينوثايزين واعراضه الجانبية على العموم هي اقل عددا وشدة من اعراض مركبات الفينوثايزين الاخرى. غير ان من الاعراض الممكنة فيه حدوث تبقيع الشبكية مما قد يؤدي الى فقدان البصر، ولهذا يقتضي رصد حالة الشبكية باستمرار وتحاشي تجاوز المقادير المقررة للدواء. ومن الأعراض الجانبية الاخرى لهذا المركب العنة والقذف الرجوعي.

٥) الاعراض الجانبية لمركبات (هالوبيريدول سيرنيز) وهو كما بينا علاج فعال في حالة الشيزوفرينيا الحادة، ويحدث اثره العلاجي بدون تثبيط لنشاط المريض الجسمي، غير انه كثيرا ما يؤدي الى قيام اعراض جانبية في الجهاز الهرمي الجانبي (Extrapyramidal)

اعراض اضطراب الجهاز الهرمي الجانبي :

قد تظهر في بعض المرضى اعراض تدلل على اضطراب الجهاز الهرمي الجانبي، وهذه الأعراض تتفاوت نوعا وشدة بين مريض وآخر من المرضى الذين يحدث فيهم هذا الاضطراب، ومعظم هذه الأعراض تحدث في المرضى الذين يتناولون مركبات مجموعة الفينوثايزين وخاصة ستيلازين وترايلفون، وكومبازين وفلوفينازين (موديكيت وما شابهه)، ودواء سيرنيز من مجموعة بيوتيروفينون، وهي اقل حدوثا في مشتقات اخرى من مجموعة الفينوثايزين مثل مللريل وسيرنتيل. وعلى العموم فان هذه الأعراض تظهر في بداية استعمال الدواء المعقل، ويزداد احتمال حدوثها وشدتها كلما كانت المقادير المستعملة كبيرة منذ البداية، غير انه يجب التنويه بان هذه الأعراض لا تحدث في كل مريض يتناول علاجا معقلا، وبأن حدوث الأعراض لا يعتمد فقط على الدواء المعقل وانما يعتمد ايضا على الحساسية الفردية للمريض لفعل الدواء او آخر. وتقدر نسبة وقوع هذه الأعراض من بين المرضى الذين يعالجون بمركبات مجموعة الفينوثايزين بحوالي ٤٠ في المئة، غير ان امكانية حدوثها لا تزيد على ٢٠ في المئة من مجموع المرضى الذين يعالجون بالأدوية المعقلة.

ان الأعراض الهرمية التي تظهر فانها تحدث على العموم في بداية تناول الدواء، ومن هذه الارتعاش في الايدي والأطراف، والتصلب العضلي والحركة غير المستقرة، والحركات التشنجية في الرقبة والجذع، وتكشير الوجه. وقد تكون هذه الأعراض خفيفة وتدريجية، وقد تحدث بقوة وسرعة في خلال اليومين الأولين من استعمال الدواء. وبالنظر لاختلاف صور هذه الاعراض المرضية فقد اقتضى تصنيفها في الصور التالية، وهي: ١) حالات الباركنسون ٢) حالات اضطراب المقوية الحادة ٣) حالة عدم الاستقرار الحركي ٤) عطل الحركة المتأخر.

وفيما يلي مختصر للسمات البارزة في هذه الحالات، هذا وتفيد الملاحظات بان حالة عدم استقرار الحركة هي اكثر الحالات الجانبية حدوثا في المرضى (حوالي ٢١ في المئة) ويلي ذلك حالات الباركنسون (١٥ في المئة) واقلها حدوثا هي حالة اضطراب المقوية الحادة واقلها حدوثا حالة العطل الحركي المتأخر (حوالي ٣ في المئة).

١) حالات الباركنسون: Parkinsons

اهم اعراض هذه الحالة هي الارتعاش والتصلب العضلي والبطيء في الحركة، والوهن العضلي، والوجه المقنع، والتريل، وتدهن الجلد، وقد تأتي هذه الأعراض بدرجات متفاوته من الشدة، وبنتيجة استعمال اية مقادير دوائية، وفي أي دور من ادوار العلاج بهذه الادوية. وهذه الحالة يمكن تفاديها امّا بتناول مضادات الباركنسون مع استعمال الدواء منذ البداية، او بتناول هذه الأدوية عند ظهور اعراض الحالة او بتقليل الجرعة الدوائية للدواء المعقل. وفي معظم الحالات تزول اعراض هذه الحالة بسرعة.

٢) اضطراب المقوية الحاد: Acute Dystonia

اعراض هذه الحالة تبدأ بصورة حادة ودراماتيكية، غير ان الحالة لا تحدث كثيرا بين المرضى، واذا حدثت فهي تحدث عادة في اليوم الثاني من ابتداء استعمال الدواء. وتبدأ الحالة عادة على صورة تشنّج

في عضلات الرأس والرقبة والعمود الفقري والحنجرة وعضلات العين الخارجية واحيانا عضلات التنفس والبلعوم، وعلى ذلك فقد تلتوي رقبة المريض ورأسه الى جانب او آخر، وتنسحب عيونه الى اعلى، ويتقوس ظهره، وقد يعاني من صعوبة في التنفس وبلع الطعام. وتستمر الأعراض فترة من الزمن ثم تتوقف لتعود مجددا مما يضع المريض واهله في حالة فزع. وكثيرا ما تفسر الحالة بأنها نتيجة نزيف او التهاب في الجملة العصبية، او بأنها حالة صرعية او هستيرية. اما علاج الحالة فهو كعلاج الحالة الباركنسونية السابقة، وذلك بايقاف الدواء المعقل مؤقتا واعطاءه مضادات الباركنسون عن طريق الفم حبة كل ساعتين الى ان تتوقف الاعراض، وهي تتوقف عادة خلال بضع ساعات، وقد يحتاج المريض الى حقن عضلية من مادة بنزوتروبين او كما يعرف تجاريا (كوجنتين Cogentine) .

٣) عدم استقرار الحركة : Akathisia

تمثل الحالة شعور المريض بعدم الاستقرار ورغبته الدائبة في الحركة، واي محاولة لابقائه في مكانه وبدون حركة تحدث له شعورا شديدا بالمضايقة، وكثيرا ما تفسر هذه الحالة في الظاهر بانها تمثل تهيجا انفعاليا للمريض، وتواجه عادة بزيادة الدواء، وهو اجتهاد خاطىء، اما العلاج فهو استعمال مضادات الباركنسون او مركب امانتدين .

٤) عطل الحركة المتأخر : Tardive dyskinesia

هذه الحالة من الأعراض الجانبية لا تحدث بكثرة من بين المرضى الذين يعالجون بالأدوية المعقلة، غير ان امكانية حدوثها تزداد مع ارتفاع جرعة الدواء وطول مدة العلاج ومع تزايد عمر المريض، كما يزداد احتمال وقوعها اذا كان المريض انثى، او كان يعاني من مرض عضوي في الدماغ، او كان يتناول الادوية المضادة للباركنسون. وهي اكثر وقوعاً في حالات الشيزوفرينيا المزمنة وبعد علاج سنوات طويلة، وتقع في هؤلاء بنسبة ٢٠ في المئة. وقلما تحدث الحالة قبل مرور عدة اشهر على ابتداء العلاج بالادوية المعقلة، وهي تحدث عادة بعد انقضاء ما لا يقل عن عامين على ابتداء العلاج الدوائي. واهم اعراض الحالة هي حركات لا ارادية من اندفاع اللسان الى الامام والى الخلف بصورة سريعة ووتيرة، وقد تكون هذه الحركة الجانبية أو بصورة دائرية أو ملتوية، وتتحرك الشفاة متابعة لحركة اللسان، ويظهر الفم نصف مفتوح، وتقوم الشفاء بحركات مص وزم، ودحرجة، والفكين بحركات مضغ أو التقلص بصورة ايقاعية، ويكون الكلام غير واضح وغير مفهوم. أما مشية المريض فتبدو غريبة وثقيلة ومتعثرة، مع خروج الذراعين عن الجسم وظهور حركات انتفاضية في الأصابع والرقبة والعمود الفقري، مع تقلصات تكشيرية في الوجه، وتصلبية في الظهر.

ان علاج هذه الحالة من الصعوبة بمكان، وهي على العموم حالة مزمنة وباقية، الا في الحالات الطفيفة التي تلاحظ منذ البداية ويتم ايقافها بايقاف صرف الدواء المعقل كليا، او بتغييره الى دواء آخر وبمقادير معتدلة. والحالة قد تظهر بعد ايقاف الدواء، مما يحمل على الظن بان ايقاف الدواء هو السبب، وهذا قد يدفع الى استئناف صرف الدواء وربما بمقادير اعلى، مما له ان يزيد من هذه الأعراض وان كان يبقي على درجة منها بصورة مقنعة وغير ظاهرة. وعلى العموم فان مضادات الباركنسون لا تفيد في علاج

هذه الحالة ومن الأدوية المستعملة في علاجها، الفاليوم، والسربسيل، والليثيوم ومضادات الكآبة وأمانتدين وغيرها، إلا أنه يبدو أن أكثر الأدوية فائدة هي؛ كولين وتتربينازين.

اعراض جانبية اخرى:

هنالك اعراض اخرى غير التي ورد ذكرها مما يمكن ان تحدث بسبب استعمال احدى المركبات الدوائية المعقلة واكثرها يحدث في الادوية المنتمية الى مجموعة الفينوثايزين، ومن هذه الأعراض ما يعود الى اضطراب الجهاز الهرموني في كل من الذكر والانثى، مثال ذلك حدوث العنة في الرجل، وامتناع او تأخر القذف، او حدوث قذف رجوعي، وفي الانثى قد يحدث تأخير في موعد الحيض او توقف الحيض كليا، اضافة الى تضخم الثديين وافراز الحليب منهما، وقد تحدث زيادة ملحوظة في الوزن سواء ارتبطت هذه الزيادة بمقادير الطعام او لم ترتبط، كما يمكن ان ترتفع حرارة المريض الى درجات عالية بسبب شلل الجهاز المنظم لحرارة الجسم في الدماغ، كما قد يحدث فتور في الرغبة الجنسية. ومن الأعراض الاخرى كثيرة الوقوع، هي حالة الاكتئاب والذي يمكن ان يؤدي الى محاولات انتحارية في بعض المرضى. وقد تتأثر حركة القلب إلى الحد الذي يمكن له ان يسبب الوفاة، وهو امر يحدث في حالات قليلة جدا خاصة عند تناول مقادير كبيرة من الدواء في بداية العلاج، وهذا يقتضي تجنب ذلك بصرف الدواء بمقادير تتزايد تدريجيا مع الرصد اللازم للمراكز الحيوية في الجسم عند اعطاء مقادير كبيرة.

ان من اهم الأعراض الجانبية التي لا يفطن اليها عادة في تعداد هذه الأعراض، هو ما يمكن ان تحدثه هذه العقاقير من تبليد في مشاعر المريض واحساساته، ومن تثبيط لهمته وارادته وفعاليته والتقليل من ادائه في العمل او البيت او المجتمع. وقد يظن في معظم الاحيان بان هذه الأعراض هي نتيجة الحالة المرضية، مما قد يدفع المعالج الى زيادة الجرع الدوائية، وبالتالي الى زيادة هذه الأعراض، وهكذا فلمثل هذه الأعراض ان تقلل من ارادة المريض ومن حوافزه للتغلب على شعور المرض والعجز في نفسه، وان تجعله في قبضة السيطرة الدوائية والى حد يمنعه من استغلال طاقاته الطبيعية لمقاومة المرض. وتوفر مثل هذه الأعراض الجانبية يتضح من ان الكثيرين من المرضى يصبحون احسن حالا عندما تقلل مقادير الدواء التي يتناولونها، او عند التوقف كليا عن هذا التناول.

الخلاصة :

ان الأعراض الجانبية الناجمة عن استعمال العقاقير المعقلة عديدة ومتنوعة وتقع في المجالات الجسمية والعصبية والنفسية، وهي اكثر وقوعا في مركبات مجموعة الفينوثايزين (واهمها: (لارجكتيل، ستيلازين، ملريل، فلوفينزين) منها في مركبات اخرى من مجموعات دوائية اخرى. ويمكن القول بان نصف عدد المرضى الذين يعالجون بالادوية المعقلة يعانون من اعراض جانبية في مجال او آخر من هذه المجالات الثلاثة. وقد تكون هذه الأعراض طفيفة وعابرة وتظهر في بداية العلاج مثل الشعور بالنعاس والدوار وجفاف الحلق وعدم الاستقرار وفقدان الشهية والامساك، وهبوط الضغط، ثم تختفي فيما بعد، وقد تكون اكثر شدة واستمرارا كاضطراب الجهاز الهرمي الجانبي كحالة الباركنسون (الكاذبة) وعدم الاستقرار في الحركة، واضطراب الحركة المتأخر، Tardive Dyskinesia وارتفاع الحرارة والارتباك

العقلي، وصبغ الشبكة والقرنية واليرقان ونقص الخلايا البيضاء في الدم واضطراب حركة القلب وتبليد الشعور وانقاص الحوافز والمبادرة والفعالية في العمل والاتصال العائلي والاجتماعي.

علاج الاعراض الجانبية للادوية المعقلة:

اذا ظهرت الأعراض الجانبية بنتيجة استعمال مركب او آخر من المركبات المعقلة، فان بالامكان ايقاف هذه الاعراض او منع تفاقمها باحد الاجراءات التالية وهي:

١ ـ التقليل من مقادير الدواء المعقل والمسبب لها.
٢ ـ ايقاف استعمال الدواء كليا.
٣ ـ استبدال الدواء المسبب بدواء اقل آثارا جانبية
٤ ـ استعمال الادوية المضادة الكولونية (للباركنسون).
٥ ـ مواجهة الأعراض الجانبية بالاجراء العلاجي المناسب مثل محاولة رفع الضغط الدموي عند هبوطه، ومداواة عارض الكآبة بالأدوية المضادة للكآبة ومعالجة الارق بالمنوم، الى غير ذلك من العلاجات المناسبة للاعراض. هذا وتجدر الاشارة الى ان بعض الاعراض الجانبية قد تحدث بسبب تعدد المركبات المعقلة التي تستعمل في آن واحد، ولهذا تجب محاذرة هذا التعدد والاكتفاء بمركب واحد في آن واحد وبمركبين على اكثر تقدير في بعض الحالات التي تتطلب ذلك على ان لا يتم البدء بالمركبين في آن واحد.

العقاقير المضادة الكولونية (مضادات الباراكنسون)

لما كانت الاعراض المشابهة لحالة الباراكنسون وهي: (ارتعاش وتصلب في العضلات، والوهن العضلي، ونقص الحركة والتريل والوجه المقنع والمشي المتصلب وتشنجات الرقبة والرأس والعيون واللسان والبلعوم)، هي اكثر الاعراض الجانبية ظهورا خاصة باستعمال مركبات الفينوثايازين، فان العلاج الأفضل لهذه الحالات هو استعمال الادوية المضادة لها كتلك التي تستعمل في علاج حالات الباركنسون التي تنشأ بصورة طبيعية. ومن اهم هذه الادوية هي: ١ ـ بروسايكلدين (كيمدرين) و ٢ ـ بنزوهكسون (آرتان)، و ٣ ـ بنزتروبين (كوجنتين). كما يمكن استعمال الادوية المشابهة لها من المضادات الكولونية والتي تستعمل ضد الحساسية مثل بندريل وديسبال. وهذه العقاقير تستعمل عادة عن طريق الفم، او عن طريق الحقن العضلية عند الضرورة، كما ان بعضها يتوفر على شكل حقن وريدية تستعمل في الحالات المستعجلة. ومع انه لا يوجد هنالك اختلاف في الرأي حول ضرورة استعمال هذه الادوية في حالة ظهور الاعراض الباركنسونية في المريض، الا ان هنالك جدلا في امر استعمال هذه الادوية بصورة روتينية مع استعمال الادوية المعقلة منعاً لقيام الاعراض الباركنسونية. وفي اتخاذ القرار حول هذا الموضوع فلا بد من ادراك الامور التالية، وهي:

١ ـ ان الادوية المضادة للباركنسون تقلل عادة من فعل الأدوية المعقلة.

٢ ـ ان هذه الأدوية يمكن لها ان تزيد من الآثار الجانبية التي يمكن ان تحدثها الأدوية المعقلة ، وذلك بسبب التفاعل بينها .

٣ ـ ان للادوية المضادة للباركنسون آثارها الجانبية الضارة والمزعجة والتي لا تحبذ استعمالها بصورة مطلقة.

٤ ـ ثم ان هنالك امكانية التعود على تعاطيها بصورة دائمية .

هذا وهنالك عدة اتجاهات من الرأي حول ضرورة وطريقة استعمال هذه الادوية ، وهذه الاتجاهات هي : ـ

١ ـ استعمالها بصورة روتينية وبالمقادير المعتدلة كوسيلة وقائية منذ ابتداء استعمال المركبات المعقلة، خاصة المعروفة منها بتكوين اعراض الباركنسون .

٢ ـ استعمال هذه الأدوية لمدة ثلاثة شهور فقط ، ثم التوقف عن استعمالها الا اذا ادخل عنصر جديد من المركبات الدوائية المعقلة في العملية العلاجية .

٣ ـ استعمال هذه الادوية فقط عند استعمال ادوية معقلة فعالة وبمقادير كبيرة .

٤ ـ استعمال هذه الادوية فقط عند ظهور بوادر الأعراض الجانبية .

ومهما كان اختيار الطبيب المعالج من هذه الخطط العلاجية، فان عليه ان ينبه المريض وعائلته الى امكانية وقوع الاعراض الجانبية عند استعمال الأدوية المعقلة ، وضرورة اخبار الطبيب بأمرها حال ظهورها ، وهذا ينطبق ايضا على الاعراض الجانبية الممكنة عند استعمال العلاجات المضادة للباركنسون ايضاً ، هذا وتقتضي الاشارة الى ان بعض الآثار الجانبية للأدوية المعقلة مثل الحركة المستمرة Akathasia والارتخاء العضلي الحاد Acute Dystonia قد لا تستجيب لفعل مضادات الباركنسون ، مما يقتضي استعمال عقاقير اخرى لايقاف هذه الاعراض مثل مركب الفاليوم او الباربتيوريت في الحالة الأولى ، والفاليوم او الكافيين صوديوم بنزويت في الحالة الثانية . واخيرا فانه يتوجب تجنب استعمال مركبات الدوبامين على انواعها والتي تستعمل عادة في علاج مرض الباركنسون ، ذلك لأن هذه المركبات اما انها غير فعالة او انها قد تزيد من شدة الأعراض العقلية الشيزوفرينية . ومن الملاحظات التي تستحق التنويه ، هي ان بعض الادوية المضادة للكآبة خاصة من فئة الثلاث حلقات لها بعض الخصائص المشابهة لفعل الأدوية المضادة للباركنسون وقد يكون في استعمالها بدلا منها اجراءاً وقائياً افضل في بعض الحالات المرضية اضافة الى فعلها المضاد للكآبة وهو فعل ايجابي في الكثير من الحالات المرضية الشيزوفرينية خاصة تلك التي يتوفر فيها العنصر الكآبي .

ومما يقتضي الانتباه اليه أيضاً هو ان الأدوية المعروفة والمستعملة كمضادات للباركنسون قد تحدث اعراضا جانبية شديدة وخطيرة احيانا ، ومن هذه الأعراض الارتباك الذهني وغشاوة البصر والدوار واضطرابات الجهاز الهضمي ، ومن الأعراض الجانبية الاخرى لهذه الادوية هي امكانية حدوث حالة من الاغماء والتعود النفسي والجسمي عليها ، وهنالك بعض المرضى ممن يصرون على ضرورة

الاستمرار في تناولها حتى بعد التوقف عن استعمال الأدوية المعقلة بسبب ما يشعرون به من ارتياح بسببها ، وهي الحالة التي يمكن تفسيرها على انها دليل التعود والادمان عليها .

(الحصيلة العلاجية للأدوية المعقلة)

المركبات الدوائية المعقلة هي اكثر الوسائل العلاجية استعمالا في علاج مرض الشيزوفرينيا وهي بالتأكيد اكثرها فعالية ، غير ان هذه الفعالية لا تعني بأنه لا مجال هنالك او لا ضرورة لاستعمال وسائل علاجية اخرى ، فبعض هذه الوسائل العلاجية كالصدمة الكهربائية او العلاج الجراحي على الدماغ قد تكون اكثر فائدة في حالات مرضية معينة او في ادوار معينة من المرض وقد تفيد حيث يفشل العلاج الدوائي .

ان من الصعب اعطاء تقييم فردي لكل مركب دوائي من المركبات التي تستعمل في علاج الشيزوفرينيا ، ففعل هذه المركبات لا يتساوى بالضرورة بين مريض وآخر او في دور مرضي او آخر واختبار أي دواء من هذه الأدوية في علاج مريض مصاب بالمرض الشيزوفريني يتقرر عادة بحماس الطبيب المعالج لدواء دون آخر ، فهنالك على سبيل المثال من يفضل مركب (لارجكتيل) / او من يفضل مركب ستيلازين او مركب سيرنيز او مركب مللريل او مركب أوراب او غيرها من المركبات ، كما ان هنالك من يجمع بين مركبين او اكثر عددا في اسلوبه العلاجي . وقد اجريت دراسات استبيانية لاعداد كبيرة من الاطباء حول اختياراتهم للعلاج الدوائي المفضل لديهم في علاج مرض الشيزوفرينيا ، وقد افادت النتائج بوجود تباين عظيم بين الاطباء المختصين في الدواء او الادوية المفضلة عندهم . وقد اجرى الاستبيان مع ١٠٥٩ اخصائيا في ٥٢ ولاية في امريكا واجاب عنه ربعهم تقريبا ، وقد تبين من تحليل نتائج الاستبيان بأن دواء لارجكتيل هو اول الأدوية اختياراً للعلاج الشيزوفرينيا بشكل عام ، ويليه بالدرجة الثانية في علاج الشيزوفرينيا الحادة مركب هلوبيردول (سيرنيز) ، اما ستيلازين فكان بعد اللارجكتيل اكثر الادوية استعمالا في حالات الشيزوفرينيا المزمنة والكاتاتونية والبارانوية والهبفرينية . وللدلالة على مدى التفاوت الممكن في تفضيل مركب دوائي على آخر في علاج مرض الشيزوفرينيا ، ما ظهر من نتائج استبيان اجري في امريكا وارسل الى ٦٨٧ اخصائيا لاستطلاع ارائهم في الدواء المفضل لعلاج حالة معينة من الشيزوفرينيا البارونية والمتكررة الدخول للمستشفى ، وقد اظهرت الاجابة اختيار ٣٥ دواء مختلفا لعلاج هذه الحالة في دورها الأول ، وارتفع عدد الاختيار ليصل الى ٥٦ دواء مفردا او مزدوجا في ادوار لاحقة من المرض ، اضافة الى عدة عشرات من التركيبات الدوائية الاخرى المتكونة من ثلاثة الى ستة ادوية . وفي هذه الامثلة من الاستبيانات ما يدلل على مدى الاختلاف بين الاطباء في تفضيل دواء على آخر في حالة مرضية او اخرى ، وفي دور مرضي او آخر . ومع هذا الاختلاف فإن الواضح ان الاكثرية من الاطباء يفضلون الادوية التالية وهي : لارجكتيل وستيلازين وسيرنيز ومللريل وعلى التوالي من الأفضلية ، اما فيما يتعلق بالفائدة العلاجية فإن معظم الادوية المعقلة من نوع او آخر قد اثبتت فعاليتها في علاج حالات المرض الشيزوفريني ، وفيما يلي خلاصة للموقف الراهن بشأن فعالية هذه الادوية :

١ ـ الأدوية المعقلة هي اكثر ما تكون فائدة في علاج مرض الشيزوفرينيا ولهذا يطلق عليها احيانا بالأدوية المضادة للشيزوفرينيا.

٢ ـ الادوية المعقلة هي على العموم افضل وسيلة علاجية معروفة حتى الآن لعلاج المرض الشيزوفريني، ليس بسبب فعاليتها فقط، وانما بسبب سهولة التحكم بمقادير الدواء وطريقة صرفه ومدة تناوله وقلة الآثار الجانبية الخطيرة لاستعماله وعدم امكانية التعود او الادمان عليه.

٣ ـ الادوية المعقلة اكثر ما تكون فائدة في حالات المرض الشيزوفريني التي من طبيعتها ان تشفي او ان تتحسن تلقائياً، وضمن هذا الواقع فان الحالات الاكثر والاسرع استجابة لفعل الدواء هي الحالات الحديثة الوقوع وضمن السنة الاولى من بداية المرض، والحالات التي تبدأ بصورة حادة وسريعة وعلى خلفية من الشخصية المتوازنة والتي يتوفر فيها عامل مرسب للمرضى، أو التي تتسم بحدة الأعراض المرضية كالهياج او تخلف الحركة والهلاوس والاوهام كما هو الحال في الشيزوفرينيا الحادة والكاتاتونية والبارانوية.

٤ ـ ان هذه الادوية ذات تأثير على الاعراض المرضية التي يعانيها المريض، ويمكن لها ان توقف مسيرة المرض او ان تغير من هذه المسيرة، ولها بذلك ان تغير من مصير المرض، غير ان هذه العقاقير على اختلاف انواعها لا تشفي من المرض الشيزوفريني.

٥ ـ بنتيجة استعمال هذه العقاقير امكن اختصار النوبات الحادة للمرض، مما ادى الى تقصير اقامة المريض في المستشفى، كما امكن من احتواء اعداد كبيرة من المرضى في المجتمع بدون ضرورة الدخول للمستشفى، كما ان استعمالها ادى الى التخفيف من الاعراض المرضية التي كانت تمنع خروج المريض من المستشفى الى البيت او الحياة العامة، وكل هذه الفوائد الايجابية قللت كثيراً من عدد المرضى المقيمين في المستشفيات العقلية ومن معدل الزمن الذي كانوا يقضونه فيها.

٦ ـ استعمال هذه الادوية وبصورة مستديمة وبمقادير معينة وخاصة باستعمال المركبات ذات الفعل طويل الامد مثل حقن (فلوفينازين انانثيت) و (فلوفينازين ديكانويت) ودبكسول، قد ادى الى انقاص عدد الانتكاسات المرضية وباعد بينها.

٧ ـ ان افضل النتائج العلاجية لهذه الادوية تأتي في الحالات المرضية حديثة العهد والتي تبرز فيها اعراض النشاط الفكري والحركي. وعلى العموم فان الادوية الشيزوفرينية هي اكثر فعالية في الحالات التي يزداد فيها التوتر والعناد والاندفاع والتحرك والنشاط والتعدي منها في الحالات التي تتصف بالهدوء والخمول والسلبية، ويعتبر دواء لارجكتيل وسيرنيز الدوائين الفعالين في الحالات النشطة من الحركة والهياج، ودواء ستيلازين بانه الاكثر فعالية وفائدة في علاج الحالات من النوع الثاني والتي تتصف بالهدوء والخمول وعدم الاكتراث.

٨ ـ يلاحظ في بعض المرضى الذين يتناولون الادوية المعقلة ظهور زيادة في حدة بعض اعراضهم المرضية وخاصة في اولئك المرضى الذين يعانون من نقص في نمو صورتهم الذهنية عن اجسادهم، فبعض الآثار الجانبية الجسمية التي قد تحدث بسبب تناول الدواء تعطي المريض شعوراً يهدد تماسك ووحدة ذاته وهو الأمر الذي يزيد من قلقه وربما يمنعه من التعاون في تناول العلاج، وفي مثل هذه الحالة يقتضي ايقاف الدواء أو محاولة استبداله بدواء آخر لا يسبب مثل هذه الاعراض.

٩ ـ لقد افادت الملاحظات العلاجية بان حاجة المرضى الذين يعيشون في ظروف بيتية ملائمة هي حاجه اقل من حاجة امثالهم ممن لا تكون هذه الظروف ملائمة لهم ، كما لوحظ بان ايقاف الادوية كليا له ان يساعد على الشفاء في مثل هذه الحالات.
١٠ ـ من الملاحظات المتواترة ان الاستمرار بتناول الادوية المعقلة بمقادير كبيرة ولمدة طويلة من الزمن له ان يعطل من عملية الشفاء وان يقلل من نشاط المريض وفعّاليته ، ولهذا يوصى بضرورة تقليل مقادير الدواء الى اقل حدود ممكنة او ايقافها كليا ، وملاحظة اثر ذلك على المريض.

مقارنة العلاج المعقل مع الدواء التمويهي = الصوري (الكذاب):

لقد اجريت دراسات عديدة للمقارنة بين فعل العلاج الدوائي الحقيقي وبين فعل العلاج الصوري (البلاسيبوا) في مرض الشيزوفرينيا، كما اجريت دراسات اخرى للمقارنة بين فعل مركب او آخر من مجموعة من المركبات الدوائية مع مركبات دوائية من مجموعة اخرى . وقد تمخض عن هذه الدراسات بعض النتائج الهامة والتي نختصرها فيما يلي:

أولاً: ان مركبات مجموعة الفينوثايزين والتي منها علاج لارجكتيل وستيلازين وملريل وموديتين (موديكيت واناتانسول) هي اكثر المركبات فائدة علاجية.

ثانياً: ان جميع هذه المركبات فعالة في علاج الشيزوفرينيا واختيار الواحد او الآخر منها يتقرر تبعا للمظاهر المرضية التي يقتضي الحد منها ، او بسبب درجة احتمال المريض او ظهور الاعراض الجانبية الناجمة عن استعمالها.

ثالثاً: افادت احدى الدراسات الدقيقة والواسعة على عينتين متشابهتين من المرضى بالشيزوفرينيا عولجت عينة واحدة منها بمركب او آخر من مركبات الفينوثايزين بينما اعطيت العينة الاخرى علاجا صوريا تمويهيا (بالاسيبوا) يتألف من محلول الملح ، وتشابه جميع المرضى المختارين بكونهم صغار السن ، وبأن حالتهم كانت حادة وبأنهم يدخلون المستشفى لاول مرة للعلاج. تبينت النتائج التالية:

١ ـ كان التحسن اكثر وضوحا في المرضى الذين اعطوا مركبات الفينوثايزين من اولئك الذين اعطوا علاجا صوريا تمويهيا.
٢ ـ لم يتوفر أي فرق يذكر في النتائج العلاجية لأي من مركبات الفينوثايزين الثلاثة المستعملة وهي لارجكتيل وستيلازين وملريل .

٣ ـ حصل ٧٥ في المئة من المرضى الذين عولجوا بمركبات الفينوثايزين على تحسن كبير او كبير جدا ، بينما تحسن الى حد طفيف ١٩ في المئة ، ولم يصب ٤ في المئة من المرضى باي تحسن ، بينما اصبح ٢ في المئة من هذه المجموعة في حالة عقلية أسوأ. وبالمقارنة تبين بان المرضى الذين تناولوا الدواء التمويهي اظهروا النتائج التالية وهي: تحسن جيد جدا في ٢٥ في المئة منهم ، وتحسن طفيف في ١٦ في المئة ، وبدون اي تحسن في ١٣ في المئة ، اما نسبة الذين اصبحوا في حالة أسوأ في نهاية الاسابيع الستة من التجربة العلاجية فقد بلغت ٤٦ في المئة وهي فروق واضحة بين الدواء الفعلي والدواء التمويهي.
٤ ـ بينت الدراسة بان ادوية مجموعة الفينوثايزين لم تحدث فقط حالة من الهدوء للمرضى كالتقليل من

انفعالاتهم وتهيجهم وعدوانيتهم ، وانما ايضا ادت الى زيادة الحركة في المرضى الذين كانوا يعانون من بطء وعوق في الحركة ، كما زادت في مقدرتهم على التخاطب مع غيرهم ، كما اعادت الوضوح والصفاء الذهني للمرضى الذين كانوا يعانون من ارتباك وفوضى ذهنية ثم ان المرضى على العموم اصبحوا اكثر مقدرة على التعامل مع محيطهم ومجتمعهم.

ان نتائج هذه الدراسة ، وهي التي قامت بها المؤسسة القومية للصحة العقلية في امريكا ، تبين بوضوح افضلية العلاج الدوائي لمرض الشيزوفرينيا على ابقاء المريض بدون علاج ، كما تبين فعالية مركبات الفينوثايزين في هذا الصدد . وقد تلت هذه الدراسة مئات الدراسات في مراكز ومؤسسات مختلفة وكلها تتفق في فائدة العلاج الفعلي للأدوية المعقلة بالمقارنة مع ترك المريض بدون علاج دوائي فعال او بالمقارنة مع تناوله لدواء تمويهي كذاب لا فعالية دوائية فيه .

المقارنة من حيث التأثير على الانتكاسات:

لقد جرت عدة دراسات للمقارنة بين فعل العلاج الدوائي بالمعقلات على امكانية الانتكاسات المرضية وبين فعل العلاج التمويهي الصوري على هذه الامكانية ، وقد تبينت النتائج التالية من ثلاث دراسات مستقلة حول هذا الموضوع . ففي الدراسة الاولى حدثت الانتكاسات مع تناول علاج الادامة بالادوية المعقلة في ١٣ في المئة من الحالات ، بينما حدثت في ٥٦ في المئة عند تناول الدواء التمويهي الصوري ، وفي الدراسة الثانية كانت النتائج ٣٥ في المئة من الانتكاسات للدواء الفعلي و ٨٠ في المئة من الانتكاسات للدواء التمويهي ، وفي الدراسة الثالثة ١٩ في المئة و ٣١ في المئة على التوالي . وهذه نتائج تسند الاستنتاج بأن العلاج بالعقاقير المعقلة الفعالة هو اكثر فعالية في منع الانتكاسات المرضية من العلاج بالدواء التمويهي ، كما تبين ذلك من ان معدل الفرق بينهما هو ٤٠ في المئة . غير ان نتائج هذه الدراسات تبين ايضا بان نصف المرضى الذين يتناولون الدواء لمنع الانتكاسات المرضية هم في الواقع في غير حاجة لتناوله ذلك لان نصف المرضى ممن يتناولون الدواء التمويهي لا يصابون بانتكاسات مرضية .

ومن الحقائق الاخرى التي يجب ان تؤخذ بعين الاعتبار عند المقارنة بين فعل الدواء المعقل والدواء التمويهي والصوري حقيقتان هامتان ، اولهما ما تبين من ان علاج مجموعتين من المرضى الاولى بالعلاج الفعلي ، والاخرى بالعلاج التمويهي ، ثم التوقف عن صرف العلاج في المجموعتين ، بانه لم يؤدِّ الى ظهور فرق بين امكانية حدوث الانتكاسة المرضية بين المجموعتين ، وهذا يثبت ان كون المريض قد عولج في الماضي بدواء معقل لا يقلل من امكانية حدوث الانتكاسة المرضية اذا ما توقف المريض عن تعاطي الدواء لسبب او آخر . والحقيقة الثانية التي لوحظت في موضوع المقارنة بين فعل الدواء المعقل والدواء التمويهي ، هي ان انتكاسة المريض اذا ما حدثت والمريض يتناول الدواء الفعلي هي على العموم انتكاسة اكثر شدة من انتكاسة المرضى الذين يتناولون الدواء التمويهي ، كما ان المرضى الذين ينتكسون وهم قيد المعالجة بالدواء المعقل هم على العموم أسوأ حالا في حياتهم اليومية من الذين يتناولون العلاج التمويهي .

ان هذه الدراسات والملاحظات تبين من جانب الفوائد الايجابية للعلاج الدوائي الفعلي في حسر او التخفيف من الأعراض المرضية الحادة للمرضى الشيزوفريني ، وفائدة العلاج الدوائي الادامي في التقليل من احتمال الانتكاسات المرضية ، كما تبين من ناحية اخرى النواحي السلبية للعلاج الدوائي من حيث

فشله في الحد من الانتكاسات في حالة التوقف عن تناوله ، وفي امكانية ان تأتي هذه الانتكاسات اثناء تناول العلاج بصورة اشد مما لو لم يكن المريض يتناول اي علاج او انه يتناول علاجا تمويهيا ، وهذه النتائج تسند الى حد ما حجة أولئك الذين يتشككون في فائدة العلاج الدوائي بالادوية المعقلة ، او الذين يذهبون الى حدود الطعن بها على اعتبار انها تبلد الحياة العقلية للمريض وبذلك تحول بينه وبين العودة الى حالته الطبيعية بصورة تلقائية.

٥ ـ العلاج الوقائي

العلاج الوقائي بمعناه الواسع يعني منع قيام الحالة المرضية ، وفيما يتعلق الأمر بموضوع الشيزوفرينيا فان هذا المعنى الواسع يتجزأ الى ثلاثة نواحي ، اولها الوقاية من الاصابة بالمرض ووقوعه في المجتمع بصورة عامة ، والناحية الثانية هي منع قيام الحالة المرضية في اولئك الذين اما تنذر وراثتهم بامكانية قيام المرض ، او انه تظهر عليهم العلامات المدللة على اتجاههم نحو المرض واحتمال وقوعهم فيه ، والناحية الاخيرة من العلاج الوقائي تتعلق بوقاية المصاب بالمرض من الانتكاسة بالمرض مرة او مرات اخرى .

وبالنظر الى ان هذه النواحي الوقائية تختلف من حيث طبيعتها وغاياتها وطريقة تحقيقها ، فلذلك يقتضي بحث كل ناحية منها على حدة.

(١) الوقاية من الانتكاسات

زوال الاعراض المرضية كليا او جزئيا امر كثير الوقوع في مرضى الشيزوفرينيا سواء كان ذلك بدون علاج ، او كما هو اكثر احتمالا بالعلاج ، غير ان انتكاس المريض بعد شفائه الظاهر الكلي او الجزئي ، هو امر كثير الوقوع ايضا في مرض الشيزوفرينيا ، ومثل هذه الانتكاسة عاجلا او آجلا بدرجات متفاوتة من الشدة والتكرار ، هي النتيجة المتوقعة في معظم حالات المرض الشيزوفريني . وهنالك من يرى ، كما سبق واشرنا الى ذلك في الفصل الخاص عن مسيرة المرض ومصيره ، بأن المريض بالشيزوفرينيا لن يشفى بصورة نهائية ، وان المرض لا بد ان يعاوده ولو مرة واحدة أخرى في حياته لو أن عمره امتد الى ذلك الاجل.

واصحاب هذا الرأي يستندون في رأيهم على المصير النهائي للمصاب بمرض الشيزوفرينيا ، وعودة المرض حتى بعد ابلاله طويلة الأمد ، في الكبر والشيخوخة . ومع اننا لا نميل الى الأخذ بهذا الرأي المتشائم ، الا أن الواقع يبين تعدد الانتكاسات المرضية في نسبة كبيرة من المرضى ، غير ان امكانية حدوث هذه الانتكاسات بعد مرور سنتين من استقرار المريض بحالة طبيعية ، هي امكانية أقل ، وتزداد قلة مع تطاول مرور الزمن على هذا الاستقرار . وتفيد دراسات المتابعة لمرض الشيزوفرينيا بأن المرض لا يعاود المريض في انتكاسة اخرى حتى بدون استعمال الدواء في نسبة تتراوح بين ١٥ ـ ٢٠ في المئة ، ويمكن اعتبار هؤلاء شافين كليا من المرض . وقد افادت الدراسات العديدة بان نسبة غير قليلة من المرضى يصابون بانتكاسات مرضية ، ففي احدى الدراسات على ١٠٣ من المرضى تبين اصابتهم بعد متابعة تتراوح بين ١٢ الى ٤٠ شهرا ، بما مجموعه ١٩١ انتكاسة اذا كانوا يتناولون دواء صوريا (بلاسيبو) ، الا ان الانتكاسات في عينة مماثلة هبطت الى ٥٠ انتكاسة فقط في الذين كانوا يتناولون دواء فعلياً لمنع الانتكاسة . وفي دراسة اخرى اصيب ٦٥ في المئة من الذين كانوا يتناولون دواء صورياً بالانتكاسة ، مقابل ٣٠ في المئة

من الذين كانوا يتناولون دواءً فعليا . وفي دراسة ثالثة ، تبين وجودانتكاسة في ٨٣ في المئة من المرضى ممن يتناولون دواء صوريا ، مقابل ثلث المرضى فقط ممن يتناولون دواء فعليا للادامة . ومن هذه الدراسات يتضح فعل ادوية الادامة في منع الانتكاسات المرضية . والسؤال لا بد ان يثار فيما اذا كان من الضروري وضع المريض الذي اصيب بالشيزوفرينيا لاول مرة تحت العلاج بصورة دائمية منعا للانتكاسات المرضية ؟ ومثل هذا القرار لا بد ان يأخذ بعين الاعتبار الحالة المرضية للمريض ، وهي الحالة التي تفيد بمدى الخطر الذي يمكن ان يهدد بالانتكاسة المرضية . وعلى العموم فان الرأي الطبي يتجه نحو التوقف عن متابعة الدواء بعد فترة محددة من العلاج في المرضى الذين لا يكمن فيهم خطر الانتكاسة بصورة عظيمة ، وهؤلاء هم المرضى الذين يصابون بنوبات حادة من المرض لاول مرة وعلى أثر اسباب مرسبة وباعراض كآبية وعلى خلفية من الشخصية المتوازنة السابقة للمرض . اما في الحالات الشيزوفرينية الاخرى ، والتي تميل في ظاهرها الى الازمان او المعاودة في ظروف الحياة الاعتيادية للفرد ، فان من الاوفق وضع المريض فيها تحت العلاج الدوائي الأدامي والى زمن غير محدد والذي قد يمتد الى سنوات طويلة ، وربما حتى نهاية العمر . وهنالك العديد من المرضى الذين واظبوا على استعمال ادوية الادامة لعشر سنوات او اكثر، والذين حاولوا ترك الدواء لفترة تجريبية عادت بسببها اعراضهم المرضية إلى التحرك والظهور ثانية .

ان من غير الواضح حتى الآن كيف يحدث علاج الادامة فعله في منع الانتكاسات المرضية ، والرأي الغالب للباحثين في هذا الموضوع هو أن دواء الادامة لا تأثير له على فعالية وشدة المرض الشيزوفريني كمرض ، وانما يقع تأثيره في مجال التقليل من احتمال الانتكاسة ، ويفترض انه يفعل ذلك عن طريق تقليله من حساسية المريض للظروف والعوامل المرسبة للمرض في حياته ، وخاصة الظروف العائلية غير الملائمة كالنقد والعداء الموجه له من بين افراد عائلته ، وهكذا يبدو بان دواء الادامة يعطي المريض وقاية وحماية من فعل الضغوط الاجتماعية والحياتية التي يمكن ان يتعرض اليها وأن تجعله في حالة تمكنه من مواجهة الحياة وظروفها بواقعية أكثر . اما كيف يفعل الدواء ذلك ، وما هي العمليات الكيماوية او الفيسيولوجية العصبية التي تكمن وراء هذا الفعل فانها ما زالت خافية حتى الآن .

إن ادوية الأدامة يمكن ان تكون من أي فئة من الفئات الدوائية التي سبق ذكرها في العلاج الدوائي للشيزوفرينيا ، كما ان من الممكن اعطاء بعض هذه الادوية عن طريق الفم مثل لارجكتيل وستيلازين ومللريل وسيرنيز واوراب ، او اعطائها على شكل حقن عضلية طويلة زمن الفعالية ، وهذا الاسلوب الاخير هو اكثر استعمالا بسبب السهولة في صرف الدواء ، وضمان استعماله ، وتكاليفه القليلة . والأدوية المستعملة لهذا الغرض هي مشتقات مركب (فلوفينازين Fluphenazine) ، وهو احد مركبات مجموعة الفينو ثايزين . وهنالك عدة مشتقات من هذا المركب قيد الاستعمال (فلوفينازين اينانثيت ، وفلوفينازين ديكونيت . وفلوفينازين لوريت)، واكثر هذه استعمالا هو مستحضر فلوفينازين ديكونيت (موديكيت Modecate) وهو مستحضر يتوفر على شكل حقن عضلية يتراوح تركيزها بين ٢٥ الى ١٠٠ ملغم في الحقنة العضلية الواحدة . وبالنظر للاحتمال الكبير في حدوث اعراض اضطراب في الجهاز العصبي (الباركنسون خاصة) ، فان من المستحسن التدرج في حقن المقادير اللازمة ، ومن بعد ذلك يتم اعطاء الحقن مرة كل اسبوعين او ثلاثة او اربعة اسابيع تبعا لحالة المريض واستجابته ، ومن الآثار الجانبية الاخرى لاستعمال هذه الحقن هي حالة عدم الاستقرار للمريض ، وهي حالة يمكن ايقافها بحقن

المريض بمركب أمانتدين هايدروكلورايد Amantadine hydrochloride) . ومن المركبات الاخرى التي تستعمل كعلاج طويل مـدى الفعل مـركب ينتمي الى مجموعـة العقاقـير (ثايـوكسانثـين) وهو مـركب فلوبنثكسول Flupenthixol والمعروف تجاريا باسم (دبكسول Depixol) وهو ايضا يتوفر بحقن عضلية تتراوح مقاديرها بين ٢٠ الى ٥٠ ملغم . ولهذا المركب الميزة في أنه اقل تسببا لأعراض الباركنسون.

ان عدم مواظبة المرضى على استعمال الحقن طويلة مدى الفعالية لسبب اواخر من شأنه ان يؤدي الى انتكاسة مرضية في بعضهم ، والتي لها أن تحرك بوضوح بعض أعراضهم المرضية الهادئة . ولتسهيل تناول الادوية طويلة المدى بجهد اقل ، فقد اتجه البحث الى محاولة اكتشاف دواء من هذا النوع يتناوله المريض عن طريق الفم . ومن الادوية التي استحضرت لهذا الغرض مركب بيوتروفينون Butyrophe-none والتي ينتمي اليها مركب (سيرنيز)، ومركب بنفلوريدول Penfloridolوالتي أفادت التجارب بنفعه خاصة في الحالات الشيزوفرينية الحادة ، وهو يعطى عادة مرة في الأسبوع.

ان استعمال علاجات الادامة طويلة الامد سواء بالحقن او عن طريق الفم ليست الطرق الوحيدة المتوفرة لتناول الدواء بصورة دائمية ، وان كانت هذه الطرق افضلها ، فهنالك الامكـانيات لاعـطاء العقاقير المعقلة والتي تعطى عادة عن طريق الفم وتعطى بمقادير معتدلة وبصورة دائمية ، ومن هذه دواء لارجكتيل ، وستيلازين وسيرنيز ومللريل واوراب . وفعل هذه العقاقير الأدامي عن طريق الفم قد لا يختلف كثيرا عن الفعل الادامي للادوية طويلة امد الفعل التي تعطى عن طريق الحقن او طريق الفم . وفي تقرير أي الاسلوبين افضل ، فان ذلك يجب ان يأخذ بعين الاعتبار مدى تعاون المريض واهله ، وامكانية توفر العلاج المستعمل بصورة دائمية ، اضافة الى قلة او وفرة الأعراض الجانبية النـاجمة عن استعمال مركب دوائي او آخر ، كما يقتضي ضرورة رصد مستوى الدواء المستعمل في دم المريض على فترات غير متباعدة كثيرا.

ان الآثار الجانبية الممكنة نتيجة لاستعمال الادوية طويلة امد الفعل لا تختلف من حيث طبيعتها عن الآثار الجانبية التي من الممكن حدوثها باستعمال المركبات المعقلة الاخرى ، وان كانت هذه الآثار الجانبية اكثر سرعة في الظهور باستعمال الحقن طويلة الامد ، مما يقتضي تلافيها بسرعة . ومن الاعراض الجانبية الممكنة غير التي اشرنا اليها ، كاعراض الباركنسون ، وعدم الاستقرار ، فهنالك امكانية حدوث حالة من النعاس والتي يمكن ايقافها باستعمال مقادير قليلة من مثيل فينديت Methylphenidate ، ومنها ايضـا نقص الكرويات البيضاء ، واليرقان وتلون بشرة الجلد ، والدوار . غير ان من اهم الاعراض الجانبية الناجمة عن الاستعمال الطويل لهذه الادوية هو عارض الكآبة . وخاصة باستعمال مـركبات مجمـوعة (الفينو ثايزين) مثل لارجكتيل وستيلازين ومللريل وموديكيت . وافضل دواء يعطى لتلافي قيام ذلك ، هو اعطاء احد المركبات من مجموعة الثلاث حلقات ، وفي حالة ظهور الكآبة ، وتبعا لشدتها وعمقها ، فيمكن استعمال احد هذه المركبات وخاصة تربتزول ، او معالجة المريض بالصدمة الكهربائية ، كما ينبغي التفريق بين الكآبة التي تحدث كجزء من الحالة المرضية ، والكآبة التي تحدث بسبب فعل الدواء . واخيرا فانه يقتضي الاشارة الى ان استعمال الحقن طويلة امد الفعل يصلح فقط للمرضى الاصغر سنا ، اما الكبار ، فان مثل هذه الادوية تستعمل فقط في الحالات الحادة وبمقادير اقل مما يستعمل لمن هم اصغر سنا.

(٢) الوقاية من المرض للمؤهلين له

المؤهلون للوقوع بالمرض ، هم اولئك الذين يحملون استعدادا وراثيا بدرجة او اخرى مما يفترض وجوده بسبب وراثتهم العائلية ، او الذين تبدو عليهم سمات واضحة من التمتع بشخصية انطوائية شديدة ، (او ما يعرف بالشخصية الشيزية) . ويضاف الى هؤلاء الاعداد الكبيرة من الناس ممن تتراوح نسبتهم في تقدير الباحثين بين ٣ الى ٩ في المئة من مجموع السكان في المجتمع ، والذين يتصفون بسمات تجعلهم على الحافة بين الصحة والمرض ، ويكون الكثيرون من هؤلاء الفئة التي تعرف بفئة الشيزوفرينيا الحدودية Border line او الشيزوفرينيا الكامنة ، وجميع هؤلاء تقريبا لا يخضعون لأي تدبير علاجي . ولما كان المرضى الذين يقعون في المرض هم بالضرورة من بين هذه الفئات الثلاثة ، فئة الصلة الوراثية ، وفئة الشخصية الشيزية وفئة الشيزوفرينيا الكامنة او الحدودية ، لهذا اصبح من الضروري تأمل امكانية منع قيام الحالة المرضية الفعلية في افراد هذه الفئات . وقد اجتذبت هذه الامكانية الوقائية اهتمام الباحثين ، كما جرت محاولات عديدة استهدفت الحيلولة دون قيام الحالة المرضية في بعض الذين تتوفر عندهم الاحتمالات او المؤشرات للاصابة بالمرض ، ومن هذه المحاولات تبني الاطفال من وراثة شيزوفرينية في وقت مبكر وعزلهم عن الاتصال بوالديهم وتهيئة ظروف حياتية لهم ذات خصائص طبيعية . ومن هذه المحاولات توجيه ورعاية الاطفال المهيئين بالاستعداد الوراثي او ظواهر الشخصية في عيادات خاصة (عيادات ارشاد الأطفال (Child Guidance Clinics) ، اضافة الى محاولة اجراء الترتيب الملائم من دراسة او عمل أو صلات بيتية واجتماعية لغرض الحد من وقوع الضغط والارهاق على المهيئين للمرض ، والذين يبدو بأنهم أقل من غيرهم تحملا لمواقف الشدة والارهاق في الحياة ، أو الذين يتسم سلوكهم الحياتي بالخيال واللاواقعية . ان الحكم على جدوى جميع هذه المحاولات أمر صعب جدا ، غير ان بالامكان القول بصورة عامة بأن منع قيام الحالة الشيزوفرينية قد يكون ممكناً اذا كانت الظروف المتفاعلة مع الاستعداد الوراثي والمساعدة على تكوين المرض قابلة للتغيير ، وبالشكل الذي يقلل من وقوع الاجهاد والارهاق في حياة الفرد وخاصة في مجال علائقه البيتية وفي مجال دراسته وهما المجالان الفعالان بصورة خاصة في حياة الأحداث والمراهقين .

(٣) الوقاية من المرض اجتماعيا :

هل يستطيع العلم يوما التوصل الى وسيلة يمكن عن طريقها الوقاية الكاملة من الاصابة بالمرض الشيزوفريني ؟ان مثل هذا السؤال قد طرح ويطرح بشأن الكثير من الامراض ، وقد توصل العلم الى وسائل وقائية امكن بواسطتها القضاء الكلي على بعض الامراض مثل الجدري ، والوقاية الى حد كبير من امراض اخرى مثل شلل الاطفال ، اما الامراض النفسية والعقلية فيبدو ان القضاء عليها والحد منها هو امر اكثر صعوبة ، ولعل ذلك يعود الى الطبيعة الانسانية والتي جعلت هذه الامراض خفية في اسسها ومتعددة في اسبابها ، ومتفاعلة بشكل واسع بين امكانيات الفرد الوراثية وبين الظروف القائمة في حياة الفرد والتي يصعب حصرها وتفاديها . ان مرض الشيزوفرينيا ، كما اوضحنا ذلك في الفصل الخاص باسباب المرض ، هو مرض يعتمد على أساس وراثي بالدرجة الاولى والاساسية ، وعلى فعل العوامل الحياتية التي لها ان تساعد على تحقيق فعل هذا الأساس ، ومن الواضح ان تفادي العوامل الحياتية وحدها لا يمكن ان يحقق القضاء الكلي على امكانية وقوع المرض بسبب بقاء العامل الوراثي فعالا

وربما كافيا في حد ذاته لاحداث المرض في الكثير من الناس ، وهكذا فلا بد للقضاء على المرض كليا من التوصل الى تعيين اكيد للأساس الوراثي للمرض ، والى الكيفية التي يمكن بواسطتها منع انتقال هذا الاساس من جيل الى جيل . ويبدو ان من الصعب التوصل الى التعرف على اساس هذا المرض بصورة محددة ، ذلك لأن الواقع الاكثر احتمالا هو ان هذا الاساس يتكون من عدد غير محدد من الجينات الوراثية ، مما يجعل من الصعب الاهتداء اليها وانتزاعها او ابطال مفعولها ، غير أن ذلك قد يكون ممكنا اذا ما تطور علم الوراثة والهندسة الجينية الى مثل هذا المستوى المتقدم من المعرفة والتقنية . ومن الامكانيات الاخرى التي لها ان توقف الاتجاه نحو المرض ، هو الاهتداء الى اكتشاف تغييرات كيماوية محددة في الجهاز العصبي للاطفال في صغرهم ، مما قد يمكن من معادلتها او ابطال فعلها على الحياة النفسية والعقلية . ومثل هذه التغييرات لم تكتشف حتى الآن . ومن الطرق الاخرى التي قد تكون ذات اهمية في هذا الشأن هي محاولة اكتشاف المنطقة او المركز الدماغي المختص بالعمليات العقلية التي ينجم عنها الاتجاه نحو المرض . وهنالك بعض الابحاث التي تفيد بان نواة (اكيومبنز Accumbens nucleus) في الدماغ هي منطقة هامة وذات علاقة بتكوين المرض . والمعروف ان هذه النواة ذات اتصال ثنائي الاتجاه مع احدى اجزاء المنطقة الصدغية وهو الجزء المعروف بقرن امون Hippocampus . واذا أمكن تحديد هذه المنطقة بدقة ، فقد يكون بالامكان القيام بالاجراء المناسب لمنع تطور الواقع البايولوجي العصبي في هذا الجزء او ما يماثله الى حالة اضطراب مرضية ، ومن الطبيعي ان لا تكون فائدة مثل هذا الاجراء عامة في منع قيام المرض ، وانما تتحدد فقط في الحالات التي تنذر بامكانية وقوع المرض .

٦ ـ العلاج الغذائي

منذ الحضارات القديمة انتبه المعالجون للامراض الجسمية والعقلية على السواء الى امكانية العلاقة بين الغذاء وبين الأمراض المختلفة وهي علاقة تشمل النواحي السببية كما تشمل النواحي العلاجية .وقد كان الاطباء الاغريق مثل ابقراط والرومان مثل جالنيوس والعرب مثل ابن سينا والرازي من اكثر رواد الطب اهتماما بالعلاقة بين الغذاء والمرض وبالتالى استعمال الغذاء كوسيلة علاجية،وان له ان يقلل من معاناة المريض وان يساعد في رده الى حالة الصحة . وقد أمعن اطباء الماضي في تصنيف الاغذية فكان منها البارد او الحار ، والجاف او الرطب ، والملين او القابض والرقيق او الغليظ وغيرها من الصفات،كما تحولت صيدليات البيمارستانات الى مطابخ تصرف الطعام كدواء .وقد تواصل الاهتمام بالغذاء كوسيلة علاجية حتى العصر الحديث وان كانت الغلبة في الاجتهاد السببي والعلاجي لعوامل اخرى نفسية اوعقاقيرية .غير انه قد حدث تحول هام في منتصف هذا القرن وتوجه الانتباه من جديد الى العلاقة بين الأمراض وخاصة الأمراض العصبية والعقلية وبين العناصر الغذائية،وكان من اهم المحاولات العلاجية في هذا الصدد اعطاء المرضى المصابين بالشيزوفرينيا الحادة ٣ غرامات يوميا من فيتامين ب[٣] وذلك عام عام ١٩٥٢ وبعد ذلك بسنوات استعملت الفيتامينات في علاج بعض الحالات الكحولية خاصة اولئك المرضى الذين هم في حالة شيزوفرينية حدودية او اولئك الذين تبدو عليهم اعراض اضطراب في عمليات الادراك،وقد اتسع العلاج ليشمل ليس فقط الفيتامينات وانما اعطاء الاغذية المناسبة والتي تعطى عادة لحالات انخفاض مستوى السكر في الدم،وفي هذا الاثناء قام الدكتور لاينس بولنج Linus Pauling بابحاث خاصة حول

العلاقة بين الأمراض العقلية وبين النقص في المستويات الطبيعية لمختلف الفيتامينات والمعادن وغيرها من العناصر الغذائية وقد أدت ابحاثه الى تأسيس مدرسة جديدة سببية للأمراض العقلية تحت اسم «orthomolecular Psychiatry» او ما يترجم حرفيا بعلم الامراض العقلي الجزئي المستقيم،وتفيد نظريته بان الجسم بما في ذلك العقل يتطلب مقادير مثلى معينة من العناصر الغذائية من فيتامينات ومعادن وعناصر غذائية اخرى وان للنقص في هذه العناصر ان يؤدي الى اضطرابات عقلية متنوعة. وقد ادت نظرية بولنج الى انشاء اكاديمية عالمية باسم نظريته،كما ادت الى ظهور اسلوب علاجي بهذا الاسم ايضا،ومنذ ذلك الحين تعددت الابحاث والدراسات حول العلاقة بين العناصر الغذائية المختلفة وبين قيام الأمراض العقليةوعلاجها. ومع ان الاهتمام في البداية قد انصب على فعل الفيتامينات في حالات الصحة والمرض الا ان مجال الاهتمام قد توسع وشمل اعدادا كبيرة من العناصر المعدنية وغيرها من المواد التي بني منها الجسم الانساني وهو بذلك في حاجة الى توفيرها بصورة مستمرة وبمقادير لا تقل عن مستويات معينة. ومما يجدر ذكره هو ان طرقا اختبارية دقيقة قد اكتشفت مما مكن من قياس ٢٨٠ عنصرا من العناصر المكونة للجسم وذلك عن طريق فحص بخار البول .

(١) الفيتامينات

كانت الفيتامينات من اول المواد الغذائية التي استعملت في علاج الامراض بما في ذلك مرض الشيزوفرينيا،وقد كان استعمال هذه المواد عشوائيا في البداية ثم قدمت بعض النظريات لتفسير فعل الفيتامينات على الحياة العقلية للفرد. ومن هذه النظريات ان الامراض العقلية تنجم عن خطأ في العمليات الكيمياوية الحياتية وبان هذا الخطأ يؤدي الى قيام حاجة اكبر لبعض المواد وخاصة الفيتامينات، وتعتمد هذه النظرية احد تفسيرين لقيام المرض اولهما ان الخطأ في استقلاب هرمون الادرنلين يؤدي الى تكوين مواد سامة جدا تشبه في خصائصها وفعلها مركبات المسكالين المهلوسة وهذه هي كل من مادة الادرينوكروم Adrenochrome ومادة ادرينوليوتين Adrenolutine،اما التفسير الثاني فهو ان فيتامين ب ٣ (حامض النيكوتين Nicotinic acid) والذي يتحول فيها بعد الى مادة نيكوتين امايد Nicotinamid فان له وظيفة الحد من صنع مركبات «مثلنة البايوامينات» وهي المركبات التي لها خصائص مهلوسة،وعلى ذلك فان النقص في مقادير هذا الفيتامين في الجسم له ان يحول دون ممارسة هذا الفيتامين لوظيفته في الحد من صنع هذه المركبات المهلوسة كما ان توفيره بمقادير كافية له ان يمنع من صنع هذه المركبات. واستنادا الى هذه النظرية فقد قام بعض الباحثين باعطاء بعض المرضى المصابين بالشيزوفرينيا جرعا عالية جدا من الفيتامينات وخاصة فايتمين ب ٣ غير ان الابحاث فيما بعد اكدت بان المريض الشيزوفريني يحتاج الى مقادير اكثر من المعتاد من فيتامينات اخرى واهمها فايتمين س ، وفاتمين ب ٦ ، ثم اضيفت اليها فيتامينات اخرى اهمها ب ١٢ وفاتمين ي E وحامض الفوليك Folic acid .

ان النتائج العلاجية لاستعمال الفيتامينات المختلفة في مرض الشيزوفرينيا ما زالت متضاربة، وهنالك جدل في امر جدوى مثل هذه المعالجة وفي امر الاسس النظرية التي يعتمد عليها هذا العلاج،ويمكن القول بانه لا تتوفر حتى الان اية بينة قاطعة حول الفعل العلاجي الايجابي لاي من الفيتامينات المذكورة غير ان من المنطقي ان نفترض بان الفيتامينات المختلفة لها فعلها في العمليات الكيمياوية الحياتية المختلفة وان

النقص في اي منها له ان يؤدي الى اضطراب ما في عملية او اخرى من هذه العمليات وهو اضطراب له ان يؤدي الى عطل ما في العمليات الجسمية او العقلية كما ان له ان يؤدي الى تعقيد اي اضطراب قائم في هذه العمليات وعلى ذلك فان تلافي النقص في اي من هذه الفيتامينات له ان يقلل من احتمال نشوء هذا العطل او ان يزيل آثاره.

(٢) علاج النقص «الجزئي المستقيم Orthomolecular»

هذا العلاج يستند على النظرية بان الجسم يتكون من عناصر يقتضي توافرها باستمرار وبمقادير مثلى (مستقيمة) وان النقص في هذه المقادير له ان يؤدي الى اضطراب الحياة العقلية، وقد بدأ هذا العلاج بافتراض نقص في الفيتامينات وخاصة فيتامين ب ٣ في المرض العقلي الشيزوفريني ثم امتد الافتراض ليشمل فيتامينات اخرى ثم مواد معدنية ومواد غذائية ومن المعادن التي شملها البحث العلاجي: (الزنك والحديد، والمنغنيز والنحاس) ومواد البولامين Polyamines ومنها: (الهستمين وسبرمين، وسبرمدين) كما شمل البحث المواد الغذائية الاساسية وهي النشويات والزلاليات والدهنيات، ومن الابحاث الهامة التي اجريت هو البحث الذي يبين العلاقة بين نسبة ونوع الشيزوفرينيا في مجتمع ما وبين مستويات استهلاك الحبوب في الغذاء ومنها الحنطة والذرة والشعير، وقد تمخض عن هذه الابحاث وغيرها بان هنالك علاقة وثيقة بين التغذية من جانب وبين الحياة العقلية، من جانب آخر وبان النقص او الزيادة في مادة غذائية او اخرى له ان يؤدي الى اختلال الحياة العقلية وقد خلص بعض الباحثين الى الاستنتاج بان الصحة العقلية الطبيعية تتوافق مع غذاء متوازن تتوفر فيه الخصائص التالية وهي: (١) بروتينات كافية، (٢) انخفاض في كميات السكر المستهلكة، (٣) وتوفر كميات كافية من فيتامينات ب ٦، ب ٣، سي، ب ١٢، وفيتامين ي E، وقد وضعت لهذا العلاج «الجزئي المستقيم» مناهج مختلفه كان اولها واهمها المنهاج العلاجي الذي وضعه كل من هوفر Hoffer وازموند Osmond عام ١٩٦٦ والذي نلخصه فيما يلي:

اولا: اعطاء الغذاء الذي يعطى عادة للمصابين بانخفاض مستوى السكر في الدم وذلك اذا ما تبين ان هذا النقص في السكر هو نقص وظيفي، وعلى المريض ايضا تجنب التدخين وتناول الكحول والامتناع عن تناول المواد المحتوية على الكافيين ومحاولة الصيام في بداية العلاج.

ثانيا: اعطاء مقادير وفيرة من الفيتامينات اما عن طريق الفم او عن طريق الحقن في العضل او الدم ومن هذه الفيتامينات التالية يوميا اربعة غرامات من فيتامين ب ٣، واربعة اخرى من فيتامين سي، و ٨٠٠ ملغم من فيتامين ب ٦ والف وحدة من فيتامين ي E و ٢ ملغم من حامض الفوليك Folic acid وغيرها من الفيتامينات اذا ما تبين وجود نقص فيها، وتقتضي الملاحظة هنا بان حاجة بعض الأفراد الطبيعية لاي فيتامين قد تختلف عن حاجة غيرهم سواء كان ذلك في حالة الصحة او في حالة المرض.

ثالثاً: اعطاء معادن الزنك والمنغنيز اذا ما تبين من الفحوص المختبرية وجود اي نقص في مستواها، ومن هذه المعادن ايضا الليثيوم وغيره من المواد التي قد ينقص مستواها عن الحدود الطبيعية في الجسم.

رابعا: اعطاء هرمون الغدة الدرقية خاصة في الحالات المرضية التي يتوفر فيها نقص في هذا الهرمون، كما يقتضي اعطاء الهرمونات الجنسية ذات العلاقة بفترة الحيض.

خامساً: طرق العلاج النفسي للمريض خاصة ذلك العلاج منه الذي يهدف الى تثقيف المريض واعطاء الاسناد المعنوي له مع تجنب العلاج النفسي التحليلي والعلاج النفسي التبصيري.

سادسا: اعطاء المعقلات من مجموعة الفينوثايزين مثل لارجكتيل، او مركب سيرنيزا وبمقادير كبيرة يتم انقاصها تدريجيا واعطاء مضادات الكآبة والمهدئات وغيرها من العقاقير ذات الضرورة لمواجهة بعض الاعراض المرضية.



ان الكثير من التجارب العلاجية بهذا الاسلوب لم تعط النتائج الايجابية التي ادعاها كل من هوفر وازموند بطريقتهما العلاجية ويفسر هذا الفشل في ان المعالجين لم يتقيدوا تماما ببروتوكول العلاج الذي وضعه الباحثان،غير ان هنالك من الباحثين من يجد في هذا الاسلوب العلاجي فتحا علاجيا جديدا يزاحم ان لم يكن متفوقا على الاساليب العلاجية المعروفة من نفسية او دوائية،وهنالك في السنوات الاخيرة ادعاءات شديدة التفاؤل حول الاسلوب الغذائي في العلاج ليس في الحالات الشيزوفرينية الحادة فقط وانما ايضا في الحالات المزمنية والتي تجاوز فيها عمر المرض الخمس سنوات،وقد افادت بعض التقارير بانه قد امكن عن طريق استعمال العلاج الغذائي التوصل الى اعادة ٨٠ في المئة من المرضى المزمنين الى المجتمع والعمل فيه بصورة مجدية وبدون الحاجة الى علاج عقاقيري،غير ان هذه الادعاءات ما زالت في حاجة الى اثبات وقدلا تكون في النهاية الا مجرد حماس عابر لاسلوب علاجي جديد وبان هذا الحماس سيتوقف تماما كما توقف الحماس لطرق علاجية اخرى في الماضي،غير اننا يجب ان ندرك بان لكل مريض ان يتحسن ولو بدرجة ما والى حين عند القيام بتبديل علاجه او عند ايقاف استعمال الدواء الذي ازمن تناوله او عند اظهار الاهتمام بتغذية المريض ورعايته وكلها عناصر من التغيير يوفرها هذا الاسلوب العلاجي وبصرف النظر عن نوعية الغذاء ومقاديره والعناصر المتوفرة فيه.

الكوكتيل العلاجي :

هذا الاسلوب العلاجي يجمع بين عدة وسائل علاجية في آن واحد وهو اسلوب يستعمل في بعض المؤسسات العلاجية خاصة لعلاج الحالات الحادة والتي تتسم بالهياج وعدم التعاون والارق والاعراض عن الطعام ويتألف العلاج من العناصر التالية وهي :

- اعطاء المريض نوما غير عميق لمدة ١٦ ـ ٢٠ ساعة في اليوم مع تمكينه من الاستفاقة على فترات متباعدة (كل ٦ ـ ٨ ساعات) للغذاء والنظافة وقضاء الحاجة ويأتي ذلك عن طريق حقنة بمركب لارككتيل (١٠٠ الى ٤٠٠ ملغم يوميا) مع مسكنات اخرى.
- اعطاؤه مضادات الكآبة خاصة من مركبات «ناهيات مونامين اوكسديز MAOI » .
- اعطاء رجتين من الصدمات الكهربائية اسبوعيا .
- وضعه تحت عناية تمريضية جيدة مع صرف وجبات منتظمة من الطعام المغذي والترويض واستعمال الملينات والفيتامينات اضافة الى لترين من السوائل.

● مواصلة العلاج لفترة ٣ اشهر يتم بعدها ايقاف الدواء تدريجيا مع امكانية اعادة الدورة العلاجية مجددا في حالة الانتكاسة المرضية او عدم الاستجابة الكاملة للعلاج .

وهذا الاسلوب العلاجي كما هو واضح يجمع بين عدة اساليب علاجية منها العلاج الدوائي والكهربائي والغذائي والتنويمي والمحيطي ولهذا فان من المتعذر القول بان الفائدة العلاجية الحادثة هي من فعل اسلوب معين من هذه الاساليب او ان هذه الاساليب بمجموعها هي افضل من اتباع اسلوب علاجي مفرد من هذه الاساليب . وتفيد بعض الابحاث بأن هذا الاسلوب العلاجي يعطي نتائج افضل من اي اسلوب علاجي آخر وخاصة على المدى الطويل غير ان هذه النتائج ما زالت في حاجة الى التأييد من ابحاث اخرى تتوفر فيها جميع عناصر المقارنة العلمية كما يتحدد فيها مفهوم ومنهاج العلاج الاجتماعي .

٧ ـ العلاج النفسي

هناك جدل في موضوع جدوى العلاج النفسي في مرض الشيزوفرينيا . وهذا الجدل في اقصى حدوده يقوم بين من يدعي بان العلاج النفسي بما في ذلك التحليل النفسي هو الاسلوب المناسب للمرض الشيزوفريني ، وبين من يرى بأن العلاج النفسي ، وخاصة التحليل النفسي ، هو اسلوب علاجي عبثي وعقيم الجدوى في مثل هذا المرض . وقد حدث تقارب كبير في وجهات النظر حول مكانة العلاج النفسي في مرض الشيزوفرينيا في السنوات الأخيرة . ويعود ذلك ليس فقط بسبب التخفيف من غلواء الجانبين ، وانما بسبب التوسع في مفهوم العلاج النفسي وتعدد طرقه وتطبيقاته ، والى النتائج الايجابية التي احدثتها هذه الطرق . وهكذا فان العلاج النفسي بمعناه الواسع وبممارسته طريقة او اخرى منه ، يعتبر اليوم من الوسائل الضرورية لعلاج الشيزوفرينيا ، غير ان اختبار الطريقة او الطرق الملائمة وتوقيت استعمالها وكيفية تطبيقها يمثل مهمة اكثر صعوبة في المرض الشيزوفريني منها في المرض النفسي ، ومرد ذلك هي الصعوبة التي تعترض اقامة وسيلة ناجحة من الاتصال بين المريض الشيزوفريني وبين معالجه النفسي ، وهي الصعوبة الناجمة عن كون المريض الشيزوفريني غارقاً في ذاته (نرجسيته) ، وهو لا يستطيع التفريق بين ذاته وبين العالم الخارجي الواقعي ، وهو بسبب ذلك يعكس اوهامه على معالجه ، ولهذا الواقع ان يصرف المريض عن التواصل مع معالجه ، او ان يجعل العملية العلاجية النفسية مشمولة بقدر كبير من الشك مما يعطل جدواها او يصعب مسيرتها ، وبسبب هذا الواقع ، فإن هنالك ما يبرر صرف النظر عن جدوى وفائدة العلاج النفسي التحليلي الطويل لمرض الشيزوفرينيا . ومع ان هنالك بعض من يدعي بهذه الفائدة ، فإن هذا الادعاء لم يثبت،ولعل الحالات التي افاد فيها التحليل النفسي هي الحالات التي تحمل امكانية الشفاء على كل حال .

ان السؤال الذي لا بد ان يطرح هو في اي الحالات المرضية يفيد العلاج النفسي ، وفي أي دور من هذه الحالات المرضية؟ . والاجابة عن هذا السؤال بشقيه لا بد ان تتضمن الطريقة العلاجية النفسية

التي يجب استعمالها . وهنالك كما هو معروف العديد من الوسائل العلاجية النفسية . وفيما يتعلق الامر بمرض الشيزوفرينيا فان الطرق العلاجية النفسية تنقسم الى فئتين ، الاولى تتضمن الاساليب النفسية العامة ، أما الثانية فتشمل الطرق النفسية العلاجية بتقنيات محددة . ويمكن القول بأن هنالك ضرورة وفائدة ايجابية في تطبيق الاساليب النفسية العامة في علاج كل حالة مرضية شيزوفرينية مهما كانت درجة شدة المرض ، وسواء كان المرض حديثا او مزمنا ، وفي أي مرحلة حياتية . وهدف هذا الاسلوب العلاجي النفسي هو محاولة اقامة الصلة مع المريض واعطاؤه الشعور بأن المعالج يحاول فهمه ، وبأنه يقبله كما هو . والوصول الى مثل هذه النتيجة هو امر في غاية الصعوبة على المعالج ، وقد يؤدي هذا الاسلوب في حد ذاته الى تخلي المريض عن اعراضه ودفاعاته المرضية ، والى الاستغناء عن الحاجة لاستعمال وسيلة علاجية نفسية محدّدة .

هنالك وسائل علاجية نفسية عديدة ويمكن اعتبار كل وسيلة غير مادية في طبيعتها وفعلها ، وتستهدف التأثير على الحياة النفسية للمريض بصورة مباشرة او غير مباشرة بأنها طريقة نفسية في العلاج . ومن هذه الطرق النفسية ما هو تحليلي ، وما هو اسنادي ، وما هو تبصيري ، او ايحائي او تدريبي او عقلاني او تأملي او سلوكي ، ومنها ما هو فردي او جماعي او عائلي او اجتماعي او تأهيلي او زوجي ، الى غير ذلك من الطرق . هذا ومن المتعذر تناول هذه الطرق العديدة والمختلفة بالتفصيل في تقنيتها وفي نتائجها ، ونحن نكتفي لذلك باعطاء خلاصة مقتضبة عن فعل العلاج النفسي بشكل عام في مرض الشيزوفرينيا . وقبل ان نفعل ذلك فانه يقتضي ان نبين بأن للمريض المصاب بالشيزوفرينيا خلفية نفسية معينة تتصف في معظم المرضى بعدم الاستقرار ونقص الثقة في النفس على مواجهة واقع الحياة او التكيف على متطلباتها ، وهو يعاني ايضا من نقص في نمو وتكامل ذاته ومن تصدع في هذه الذات ، مما يجعله يواجه الواقع عبر ادراك متكسر ، مما يدفعه للاتجاه نحو الابتعاد عن هذا الواقع وما فيه ، والعملية العلاجية النفسية لذلك ومهما كان اسلوبها ، لا بد ان تتجه نحو هدف تبديل هذه الخلفية النفسية بالصورة الملائمة وبالطريقة والتتابع الملائمين . وفيما يلي خلاصة للتقييم السائد للعلاج النفسي في مرض الشيزوفرينيا :

١) العلاج النفسي بطريقة او اخرى له ان يكون مفيداً في كل حالة مرضية شيزوفرينية مهما كانت شدتها وطول امدها .

٢) العلاج النفسي قد يكون محدود الأثر في الحالات الشيزوفرينية الحادة ، غير ان وضع المريض في الظروف الملائمة كالمستشفى مثلا ، له ان يعطي المريض المجال للتخلص من الظروف النفسية المرهقة في نطاق البيت او المدرسة او العمل ، وهو الأمر الذي قد يؤدي الى نتائج نفسية ايجابية .

٣) اقامة الصلة العلاجية بين الطبيب والمريض ذات اهمية نفسية عظيمة بالنسبة للمريض ، فقد تكون هذه اول علاقة متكافئة للمريض مع غيره ، مما قد يشعره بأنه ذات محددة ، وبأنه يعامل على هذا الأساس باحترام وتقدير وتفهم من قبل شخص واحد على الأقل ، وقد يكون في هذه البداية نقطة انطلاق تضع المريض لاول مرة على ارضية صلبة من الثقة والاطمئنان ، غير ان الطبيب يجب ان يحاذر معاندة المريض او انتقاده او الاستخفاف به او التعامل معه على اساس اجتماعي ، او الرضوخ لمتطلباته ، او ادانته

ا و ارهاقه بالنظريات والتوجيهات ، ولكل هذه ان تدفع بالمريض نحو درجة ابعد من الابتعاد عن الواقع ومن فيه .

٤) العلاج النفسي التحليلي العميق قليل الفائدة او عديمها في المرض الشيزوفريني ، وله في الكثير من الحالات ان يؤدي الى تعقيد الحالة المرضية بسبب اتجاهه الى الكشف عن امور منسية ومكتومة ، والتي قد يكون في الكشف عنها احراجا للمريض وتهديدا لكيانه النفسي الدقيق والمعرض . غير ان المريض يجب ان يشجع على الافضاء بما يرغب بالافضاء به وبالطريقة والوقت المناسبين له ، ويجب ان لا يحث او يستعجل في ذلك ، كما يجب ان لا يستفز بمحاولات تحليلية او تبصيرية معقدة .

٥) ان رعاية المريض من قبل الأسرة الطبية والتمريضية المشرفة عليه في المستشفى او الوحدة العلاجية ، او المستشفى النهاري ، يجب ان تهدف دائما الى مواصلة الجهد العلاجي النفسي الذي يقوم به الطبيب ، ومشاركة عدة اطراف في في هذه الرعاية من شأنه ان يحدث تبديلا في التوجه النفسي للمريض ، وان يشجعه على الدخول في تعامل جماعي واسع .

٦) يجب توجيه المريض نحو اسلوب في الحياة والتعامل بما يضمن له التماس المتزايد مع الآخرين ممن يتمتعون بحالات نفسية طبيعية .

٧) بامكان المعالج النفسي ان يخرج المريض الشيزوفريني المزمن من عزلته وتوقعاته ، فالمريض مهما كانت درجة تدهوره العقلي ، تظل لديه بعض القابلية للاستجابة الى التعاطف والرعاية من احد ما ، كما اتضح ذلك من نتائج العلاج الوجودي لمثل هؤلاء المرضى .

٨) دللت بعض الوسائل العلاجية السلوكية بان بالامكان التقليل من بعض الاعراض المرضية الشيزوفرينية خاصة السلوكية منها ، وفي المرضى المزمنين بصفة خاصة . ومن هذه الطرق (طريقة العربون Token Theopapy) والتي تقوم على اساس الربط بين المكافئة وبين القيام بنوع معين من السلوك ، وهو اسلوب علاجي مكن من اخراج الكثيرين من المرضى المزمنين من عزلتهم ومن ممارسة بعض النشاطات التي جمدت في حياتهم بسبب مرضهم وافتقارهم الى حوافز كافية لمواصلتها .

٨ ـ العلاج المحيطي

العلاج المحيطي هو الاسلوب العلاجي الذي يتوجه الى محيط المريض ومحاولة تغيير او تحوير هذا المحيط بالطريقة والقدر التي تتلاءم مع حالة المريض القائمة وبهدف التقليل من شدة المرض وتقصير امده والحيلولة دون عودته . ومبدأ هذا العلاج يرتكز على الافتراض بان عاملا او آخر من العوامل المحيطية التي قد تعرض لها المريض لا بد انها ساهمت في قليل او كثير في تكوين الحالة المرضية . وهنالك ضمن هذا الافتراض من يضع فعل المحيط في المرتبة الاولى من حيث التسبيب للمرض ، وهنالك على العكس من يعطي المحيط فعلا ثانويا جدا ان كان فعلا على الاطلاق ـ في عملية التسبب . واذا ما اخذنا بالرأي الذي يتبناه معظم الاخصائيين من ان للمحيط فعله الذي لا يمكن انكاره في المساعدة على تكوين المرض او ترسيبه او اطالته او الانتكاسة اليه ، فان من المنطقي ان يتوجه الاهتمام الى المحيط ومحاولة استغلاله

كوسيلة علاجية على امل ان يزيل ذلك الفعل السلبي للمحيط والذي ساهم في العملية المرضية . وكما ان هنالك اختلافا بين الباحثين في امر فعل المحيط في تكوين المرض ، فان هناك اختلافا مماثلا حول مدى فعل العلاج المحيطي في التأثير على مسيرة المرض ، ولعل مما يزيد في تصعيب الوصول الى قرار حول هذا الموضوع ، هو ان تحسس المريض بمحيطه وحتى قبل حدوث مرضه يختلف عن احساس وادراك الفرد الطبيعي ، ولهذا فان من المتعذر في الكثير من الاحيان تعيين او تحديد الاسباب المحيطية المساعدة على تكوين المرض بمقارنتها بما هو مألوف في تجربة الفرد الطبيعي ، ثم ان ما قد يبدو سببا محيطيا للمرض ويستدعى لذلك محاولة التغيير، قد لا يكون في واقع الامر الا نتيجة للمرض ومجرد تعبير عن قيامه في المريض او مجرد مصادفة زمنية لا مساهمة فعلية لها في تكوين المرض . ومما يزيد ايضا من صعوبة الحكم على جدوى العلاج المحيطي هو تعذر تطبيقه عمليا في الكثير من الاحيان ، اضافة الى ان الكثير من الحالات التي تم فيها مثل هذا التطبيق لم تجدِ كثيرا في الحد من المرض .

ان العلاج المحيطي يعني اشياء مختلفة وستفاوتة المدى بالنسبة للذين يقومون بتطبيقه ومجال تطبيقه : فالعلاج بحدوده الضيقة يقصد به العلاج غير الدوائي الذي يتعرض له المريض اثناء اقامته بالمستشفى والذي يطلق عليه مصطلح «علاج البيئة milieu Therapy» اما بحدوده الواسعة فان العلاج المحيطي يشمل جميع النواحي الحياتية التي يتعرض لها المريض سواء كان ذلك داخل المستشفى او خارجه ، بما في المجالين من علائق شخصية وظروف حياتية . وبهذا المفهوم الواسع للعلاج المحيطي فان المحيط يشمل كل ما يمكن ان يتعرض له المريض باستثناء الدواء وغيره من وسائل العلاج المادية .

ان كل انسان ، بما في ذلك مقوماته الجسمية او النفسية ، هو كائن حياتي متفاعل بالضرورة الحياتية مع محيطه بما في هذا المحيط من عوامل ومتغيرات مختلفة من عامة او خاصة به دون غيره ، ولهذه كلها ان تؤثر في حياة الفرد وشخصيته ونشاطه . والناس يتفاوتون في ردود فعلهم لتفاعلهم مع محيطهم ، غير ان المريض الشيزوفريني او الفرد المهيأ للمرض يعاني من طبيعته من عجز كبير في عمليات التكيف والتوافق السليمة والفعالة مع محيطه سواء جاء هذا العجز بنتيجة نقص او خطأ في مكونات شخصيته ، او جاء بسبب ما يمكن ان يكون قد تعرض له المريض في حياته من تجارب الشدة والارهاق وبما يزيد على مقدرته على التحمل ، وهو بسبب ذلك لا يستطيع مواجهة ظروفه الحياتية بالقدر الكافي من الكفاءة والمسؤولية ولا بد له لذلك ان يتقهقر الى مستويات ادنى واقل تعقيدا ومسؤولية في تفاعله مع محيطه . . ولهذا فان العلاج المحيطي يجب ان يتوجه الى محاولة تجنيب المريض كل ما يمكن ان يزيد على تحمله من ظروف الحياة ومسؤولياتها ، والى محاولة اعادة تكيفه على واقع الحياة الذي يحيط به وبقدر اعظم من الاحساس بالواقعية والمسؤولية .

العلاج المحيطي في المستشفى :

محاولة وضع المريض العقلي بما في ذلك المريض الشيزوفريني في ظروف محيطية افضل اثناء اقامتهم في المستشفيات ليست بالمحاولات الجديدة خلال هذا العصر ، فمع ان خطوات هائلة قد حدثت في هذا الاتجاه خلال هذا القرن الا ان هنالك الكثير من البينات التاريخية عن خطوات مماثلة ورائدة في العهد الروماني القديم وبصورة خاصة في القرون الوسطى في بلدان الحضارة العربية في بغداد والبصرة ودمشق

وفاس والاندلس . ومع ان الهدف الاساسي من تحسين ظروف الحياة للمرضى قد جاء تلبية لـدوافع انسانية ، الا ان هنالك ما يبرر الاعتقاد بان هذا التحسين قد جاء بهدف علاجي للتأثير على مجرى الحالة المرضية وللمساعدة على الشفاء ومن ثم العودة بالمريض الى مجال الحياة العامة .

ان تطبيق العلاج المحيطي بصورة صحيحة في المستشفى قد يكون امرا متعذرا خاصة وان معظم المرضى يقيمون في المستشفى لمدة قصيرة قد لا تتجاوز بضعة ايام او بضعة اسابيع مما لا يمكن ان يكون كافيا لاتمام عملية علاجية من طبيعتها ان تكون بطيئة وتدريجية ، ولهذا فان افضل فئة تصلح لهذا النوع من العلاج ، هم اولئك المرضى الذين يقيمون في المستشفى لبضعة اشهر او ما يزيد على ذلك . هذا وتطبيق العلاج يتطلب توفر العدد الكافي من المعالجين او المشرفين على رعاية المريض في المستشفى ، وان تتوفر لهم الخبرة الكافية في هذا النوع من العلاج ، وان يتم التعاون بينهم في محاولة فهم المريض وتعيين طريقة واهداف العلاج .

ان اهم متطلبات العلاج المحيطي في المستشفى هو ضمان ان لا يكون جو المستشفى سلبيا او قاسيا على المريض ، كما يقتضي ان يكون هذا الجو محفزا للمريض لكي يقبل على الاتصال والتعامل مع غيره وخاصة مع الذين يتمتعون بصحة عقلية طبيعية من العاملين بالمستشفى ويترتب على ادارة المستشفى والعاملين فيه محاولة تهيئة الظروف الملائمة التي تمكن المريض من الخروج من عزلته ، والاقبال على التماس والتعامل الجماعي ، ولمثل هذا ان يؤدي الى وعي افضل عند المريض لذاته نفسيا وجسديا . غير انه في نفس الوقت تجب ملاحظة حاجة بعض المرضى للهدوء والوحدة مما يقتضي تجنب الضغط على المريض قبل ان يحين الاوان لحفزه للتعامل والاتصال مع الغير ، فمثل هذا الضغط قد يؤدي الى نتائج عكسية قد تعيق العملية العلاجية ككل .

ان عملية العلاج المحيطي في المستشفى هي عملية دقيقة وشاقة ذلك انه يقتضي التخطيط لها وبرمجتها ورصد مسيرتها ونتائجها لكل مريض على حدة ، كما انه يقتضي تعيين اهدافها بصورة فردية وان كانت الغاية العامة منها هي تهيئة المريض للإنضواء والتعامل والفعل الاجتماعي وتحمل المسؤولية الحياتية . ان الدراسات التي تمت حتى الان تبين بان العلاج المحيطي في المستشفى سواء كان مفردا او بالاضافة الى العلاج النفسي الفردي او الجماعي او كليهما يعطي من النتائج الايجابية افضل مما يعطيه ترك المريض بدون توفير مثل هذا العلاج ، كما بينت الدراسات بان العلاج المحيطي وحده او العلاج النفسي وحده هما في ادنى مرتبة من حيث الفائدة بالقياس مع جميع الوسائل العلاجية الاخرى : العلاج الدوائي ، او العلاج الكهربائي او الاثنين معا ، باضافة العلاج النفسي او بعدم اضافته . وهكذا يتبين بان فائدة العلاج المحيطي العلاجية هي فائدة محدودة . ولعل اهم ما في العلاج المحيطي من فائدة هو في المرضى المزمنين في المستشفيات ، ذلك ان البيئة العلاجية النشطة والمحفزة والملائمة لها ان تكون عاملا هاما في ايقاف عملية التدهور والانعزال في معظم المرضى المزمنين . وفي اهمية محيط المستشفى ومدى ملاءمته ، يقول احد الباحثين بان ثلث حالة الازمان في المرضى تأتي بسبب المرض ، وثلثيها تتأتى عن الظروف غير الملائمة في المستشفى .

العلاج الاجتماعي .

العلاج الاجتماعي هو العلاج الذي يهدف الى توفير علاقات اجتماعية افضل للمريض وبالصورة التي تكسبه درجة اعظم من الدمج الاجتماعي ، واكتساب الطرق السلوكية التي تمكنه من التعايش مع المجتمع بواقعية واطمئنان وفعالية مجدية . والذي يبرر هذا النوع من العلاج هي الملاحظة بان الكثير من الحالات المرضية تترسب بنتيجة بعض التجارب المرهقة التي يتعرض لها الفرد في علاقاته الاجتماعية سواء كان ذلك ضمن حدود البيت او في المحيط الاجتماعي الواسع خارج البيت . ومع ان ما قد يلاحظ من اضطراب او خلل في علاقات المريض مع مجتمعه ما هو الا نتيجة للحالة المرضية لا سببا مساهما في تكوينها ، الا ان لهذا الاضطراب والخلل في الحالتين ان يساعد على استمرار وتفاقم الحالة المرضية ، ولهذا نشأت الضرورة لتطبيق ما يسمى بالعلاج الاجتماعي كطريقة علاجية مكملة للعلاج الفعلي . والهدف من ذلك هو اعادة تأهيل المريض في المجتمع الملائم وبالقدر الملائم لحالته المرضية .

ان تطبيق العلاج الاجتماعي بصورة مجدية يتطلب اولا البحث في مدى فعل الظروف الاجتماعية المختلفة في تكوين الحالة المرضية أو في استمرارها ومتى امكن ذلك فقد يكون من السهل توجيه المريض نحو حياة اجتماعية اكثر ملاءمة لشخصيته ودرجة تحمله لشتى انواع الفعالية والاتصال الاجتماعي . ولكي يكون هذا العلاج مجديا فان من الضروري ان يبدأ بتطبيقه تدريجيا وفي المجال اللازم وبالاسلوب الملائم للمريض المعين ، كما يقتضي ان يتم ذلك طبقا لمخطط علاجي يقرر من قبل الاسرة العلاجية بما فيهم الطبيب المختص ، والباحث الاجتماعي والمعالج التأهيلي وبالتعاون الكافي مع من يهمهم الامر في محيط المريض سواء كان هذا المحيط هو البيت او المدرسة او العمل او الوظيفة او في مجال العلاقة الشخصية الخاصة . ولعل من اهم الملاحظات التي خلص اليها الباحثون في موضوع العلاج الاجتماعي هو ان للعلاج الاجتماعي ان يؤثر في مدى الفائدة التي يحصل عليها المريض نتيجة العلاج الدوائي الذي يتناوله ، ولهذا فقد بات من الضروري ان يتم تناول الدواء في ظل ظروف اجتماعية ملائمة للمريض ومرضه . وتفيد بعض الأبحاث بأن هذا الأسلوب العلاجي يعطي نتائج أفضل من اي اسلوب علاجي اخر وخاصة على المدى الطويل ، غير أن هذه النتائج ما زالت في حاجة الى التأييد من ابحاث اخرى تتوفر فيها جميع عناصر المقارنة العلمية كما يتحدد فيها مفهوم ومنهاج العلاج الاجتماعي .

المجال الدراسي :

ان الملاحظات المتكررة والمستمدة من الخبرة المباشرة مع الطلبة في مراحل الدراسة المختلفة كلها تشير الى فعل الضغوط التي يتعرض لها الطالب في فترات الدراسة واثر هذه الضغوط في ترسيب المرض الشيزوفريني في الطلبة الذين لديهم الاستعداد للمرض . ويمكن الافتراض بان الكثير من هذه الحالات المرضية ربما لم تحدث ابدا لولا فعل وشدة هذه الظروف على الطالب المهيأ للمرض ، او الذي هو على حافة المرض او حدوده . ومن اهم العوامل الفعالة في هذه المرحلة الدراسية هي العوامل التالية :

١ ـ اضطرار الطالب للدراسة في فرع لا يتلاءم مع طموحاته ، او لا يتناسب مع قابلياته الفعلية وامكانياته الاكاديمية .

٢ ـ التغرب بعيدا عن اهله ومحيطه المألوف .
٣ ـ التغيير في طبيعة ونمط العلائق الشخصية والاجتماعية ـخاصة في الجو الجامعي .
٤ ـ التعرض للمواقف العاطفية بصورة مفاجئة .
٥ ـ مرحلة الدراسة في حد ذاتها وهي فترة تفتح وتوسع مجال الحياة والواقع لفرد يخشى الواقع ومواجهته ولا يستطيع وصول مرحلة كافية من نمو الذات بصورة موحدة ومتكاملة . وعلاج مثل هذه العوامل يتطلب اتخاذ ما يلائمها من توصيات بما في ذلك النظر في تغيير فرع الدراسة وتحديد مستواها ونقل المريض للدراسة بالقرب من ذويه وعودته من تغربه ، وقد يكون من الضروري التوصية بإنهاء الدراسة بصورة دائمية او بتأجيلها الى المدة الكافية لرجوع الطالب الى حالة تؤهله مواصلة الدراسة اذا ما تبين بأنها تكون عاملا فعالا في استمرار المرض او الانتكاسات اليه ، غير ان مثل هذه التوصية يجب ان تقترن دائما باقتراح البدائل المناسبة والتي تضمن تأهيل المريض في مجالات الوظيفة والعمل المناسبة لحالته الصحية من ناحية ، والمرضية الى ما هو معقول وممكن من طموحات الطالب .

علاج الدور الاساسي : MRT

علاج الدور الاساسي هو نوع من العلاج الاجتماعي المركز، وهو يستهدف حل المشاكل الشخصية والاجتماعية التي يواجهها المريض في حياته والتي تؤثر في عملياته المعاشية ، كما انه يستهدف تحسين نوعية الصلات التي تربط الفرد بمجتمعه والتقليل من عزلته . ومما يدلل على فائدة هذا النوع من العلاج كوسيلة علاجية اسنادية او مساعدة ما تبين من نتائج الدراسة المقارنة التي قام بها الباحثون: هوجارتي وجولدبرج وغيرهما(١٩٧٤)والتي وزع فيها المرضى الخارجون من المستشفيات على اربع فئات علاجية الأولى وضع فيها المرضى تحت العلاج بمركبات الفينوثايزين المعقلة ، (والثانية)وضع فيها المرضى تحت علاج الدور الاساسي المركز MRTوالفئة(الثالثة)وضعت تحت علاج مشترك من الدواء المعقل ومن علاج الدور الاساسي المركز. اما الفئة (الرابعة)، فقد وضع مرضاها تحت علاج تمويهي صوري . وقد تبين من نتائج الدراسة ان الفئة الثالثة وهم المرضى الذين عولجوا علاجا مشتركا من الدواء ، وعلاج الدور الاساسي والمركز كانوا اكثر استفادة من بقية فئات المرض ، ويليهم في ذلك مرضى الفئة الاولى بالدواء وحده ثم مرض الفئة الثالثة بعلاج الدور الاساسي المركز وحده ، وآخرهم واقلهم استفادة كانوا مرضى الفئة الرابعة والذين عولجوا بأدوية صورية . وقد قيست الفائدة العلاجية في هذه الدراسة على اساس مقدرة الطريقة العلاجية على منع حدوث الانتكاسات المرضية خلال ٢٤ شهرا من بداية العلاج ، ففي نهاية هذه المدة تبين بان ٨٠ في المئة من الذين عولجو بالدواء الصوري قد عاد اليهم المرض بينما انتكس ٤٠ في المئة من الذين عولجوا بالدواء المعقل فقط ، وذلك مقابل ٣٠ في المئة فقط من الذين عولجوا علاجا مشتركا بالدواء وبعلاج الدور الاساسي معا .

العلاج العائلي

العائلة هي الوحدة المركزية والأساسية في عملية نشوء المرض الشيزوفريني ، وهي كذلك سواء اعتبرنا المرض الشيزوفريني مسببا عن عوامل وراثية هي من حصيلة التاريخ الوراثي للعائلة ، او اعتبرناه

ناتجا عن خلل واضطراب في المحيط العائلي للفرد المريض ، او بسبب الأمرين معا ، وهي وجهة النظر الأكثر قبولا عن اسباب المرض . وبقبولنا لهذا الرأي بشقيه ، فان العائلة تكتسب اهمية خاصة وكبيرة في العملية العلاجية سواء كان ذلك في دور التوقع والاحتمال بوقوع المرض ، او اثناء قيامه الفعلي ، او في فترات الابلال من المرض ، او عند الاستيعاب النهائي للمريض في اطار العائلة .

ان اي بحث او تحقيق لعملية العلاج العائلي يجب ان يأخذ بعين الاعتبار ليس فقط تشخيص درجة مسؤولية العائلة في قيام الحالة المرضية او في تطويرها او في الانتكاسة اليها ، وانما ايضا مدى معاناة العائلة المادية والمعنوية والنفسية بسبب قيام الحالة المرضية بين أحد افرادها . والذي تتاح له فرصة الاطلاع على الوضع العائلي لمن يصاب بهذا المرض ، لا بد أن يلمس من المعاناة في هذه الجوانب ما لا يزيد عليه من معاناة عائلية اخرى ، ذلك ان مرض الشيزوفرينيا يصيب من يصيب وهو في مقتبل العمر وقد عقدت عليه الآمال ، وللمرض ان يلازمه بدرجات متفاوتة من الشدة طوال الحياة ، وان لا يمكنه من العودة الكاملة للحياة الطبيعية ، ويمكن ان يكون عبئا عظيما تنوء به العائلة مهما كانت مواردها المادية وجلدها النفسي ، واذا حدث ذلك ، وهوكثيراً ما يحدث ، فإن لهذه المعاناة العائلية ان تؤثر على رعاية العائلة للمريض ، أو ان تؤدي الى اهماله او نبذه او على الأقل قطع الاتصال الانساني معه ، وهي مواقف يمكن فهمها وتبريرها في نطاق التحمل الانساني ، غير انها مواقف يمكن ان تزيد في شدة المرض وان تقلل من الأمل بالشفاء حتى في حدود الشفاء الاجتماعي ، كما انها لا بد ان تؤدي الى قيام حلقة مفرغة ، ذلك انها ستؤدي بالتالي الى زيادة المعاناة والمحنة العائلية وهكذا دواليك .

ان العلاج العائلي من هذا المنطلق يجب ان يتوجه الى العائلة اولا . ويشمل هذا التوجه اتجاهين : ـ الأول يقضي بضرورة تثقيف العائلة في امر المرض واسبابه ودور العائلة في قيامه وفي كيفية تقبل المريض والتعامل معه واستيعابه ، والاتجاه الثاني يهدف الى رعاية العائلة وهي رعاية تشمل عدة نواحي من مادية واجتماعية وطبية وعلاجية . وقد افادت الدراسات العديدة بأن امكانية وقوع اضطرابات نفسية من نوع او اخر هي اكثر احتمالا بين افراد عائلة المريض منها في المجتمع بصورة عامة . ومع ان للعوامل التكوينية والوراثية فعل في هذا الواقع الا ان وجود حالة مرضية في العائلة له ان يحقق هذا الاستعداد نحو الانفعال المرضي في فرد او آخر من العائلة وان يزيد في شدته وازماته . اما الناحية الأخرى التي يتوجه اليها العلاج العائلي فهي المريض نفسه والذي يقتضي اعداده بصورة اكثر ملاءمة للعيش ضمن نطاق العائلة ، ومثل هذه العملية تتطلب الاحاطة الواسعة والكافية بطبيعة الوضع العائلي وامكانيات العائلة وبحالة المريض ودرجة مرضه ومدى تمكنه من الاندماج في العائلة والمشاركة في حياتها ونشاطاتها باكبر قدر ممكن من الفعالية .

ان من الواضح لمن يتابع وضع المريض في المجال العائلي ، ان من المتعذر اتباع اسلوب أو تقنية معينة من العلاج العائلي ، وهذا يعود الى ان عدد العوامل والمتغيرات الفعالة في هذا النوع من العلاج هو عدد كبير جدا ، مما يقتضي بأن يبرمج العلاج العائلي بصورة فردية تتناسب مع حالة المريض ومع وضعه العائلي ، غير ان بالامكان اتباع قواعدمعينة يمكن اعتبارها روتينية في كل حالة مرضية شيزوفرينية . ومن أهم هذه القواعد هي :

أولاً : ضرورة البحث في الدينامية النفسية للعائلة ككل وفي جميع الأدوار المتعاقبة من تكوين العائلة

ثانياً : محاولة تعيين طريقة او طرق التعامل والاتصال بين افراد العائلة بعضهم مع بعض ومع المريض ، وتقرير فيما اذا كان هذا التعامل طبيعياً وملائما او مرضياً وغير ملائم .

ثالثاً : ضرورة الوقوف على موقف العائلة من الحالة المرضية واذا كان هذا الموقف ايجابياً ويهدف الى مساعدة المريض واستيعابه في النطاق العائلي او انه موقف سلبي يميل الى نبذ المريض وابعاده وتجنب المسؤولية عنه .

رابعاً : محاولة التقليل من الصراعات العائلية القائمة والتي لها ان تدفع بالمريض الى حالة من الانعزال تجنباً لواقع غير محتمل من المشاحنات العائلية .

خامساً : محاولة تحرير المريض من التواكل العائلي واعطائه فرصة تكوين هويته الفردية وتعريضه لتجارب الواقع وتدريبه على تحمل مسؤولية نفسه في الحياة اليومية .

سادساً : يقتضي فهم المواقف والحوادث والحساسيات العائلية التي ادت الى ترسيب الحالة المرضية في البداية والتي ترتبط عادة بالانتكاسات المرضية اللاحقة .

سابعاً : للعوامل السابقة ان تقرر فيما اذا كان من الأفضل للمريض ان يعالج في المستشفى او خارجه واذا كان من الأفضل ان يظل في البيت او ان يتم علاجه في مكان اخر غير البيت ، واذا كان من الضروري عزل المريض عن فرد او اخر من افراد عائلته ممن تقوم هناك رابطة بينه وبين قيام الحالة المرضية .

ثامناً : ان الحالة المرضية في المريض قد تستوجب القيام باجراء جذري في الحياة العائلية كتقرير الزواج او الطلاق او التفريق او انجاب الأولاد .

تاسعاً : ان الخطوات المختلفة في العلاج العائلي تتم حسب ضرورتها وأهميتها ، ولعل اهمها هو ما بيناه في الفقرات الثلاث الأولى والتي يجب سيرها اولا ، فبدون الاحاطة والفهم بالدينامية النفسية للعائلة فقد يكون من المتعذر التطبيق العملي والناجح للخطوات الأخرى .

عاشراً : يقتضي الادراك بأن العائلة التي يتوفر مريض شيزوفريني من بين افرادها ، هي عائلة تعيش حالة من التأزم في وجودها . وهي حالة طويلة المدى وتتناسب مع طول مدى المرض الشيزوفريني ، ولهذا فهي في حاجة الى تفهم وعون ورعاية وعلاج طويل المدى ايضا وبدرجة لا تقل كثيرا عما يولى للمريض في هذه النواحي . والذي يجب ادراكه ، انه لا يجدي شيئا للمريض ان تلام العائلة على دورها في التهيئة للمرض ، او ان تلوم نفسها على ذلك ، ذلك ان ما من عائلة تسعى حثيثا لتهيأة أحد افرادها للمرض وهي تعي ما تفعله او انها ترسب المرض فيه وهي تعلم بالنتيجة ، هذا مع العلم بأن ما من وضع عائلي مهما كان سلبيا وشديدا في سلبيته له ان يؤدي في حد ذاته الى قيام المرض الشيزوفريني . وهكذا فان كل ما يهدف اليه في العلاج العائلي هو ان يسهل المرض على المريض وعائلته ، وان تصبح درجة القبول والاندماج بينهما اكثر امكانية ، وهذا هدف يمكن من قيام

وسيلة معقولة وفعالة من الاتصال الشخصي بين افراد العائلة لتحل مكان العلائق غير المعقولة بينهم والتي ساهمت في تنمية الاتجاه عند الفرد المهيأ لكي يتخذ مواقف مرضية في تعامله مع العائلة ككل بصورة خاصة، ومع الحياة والواقع بصورة عامة.

ان من حسن الحظ للمريض الشيزوفريني وعائلته في مجتمعاتنا، ان الرابطة العائلية عندنا هي اكثر قوة وتماسكا مما هو عليه الحال في المجتمعات الغربية، وهو واقع يعطي امكانية اعظم للاتصال الشخصي والعاطفي بين افراد العائلة ويقلل من عزلة الفرد، كما ان له ان يعطي الشعور للفرد المهيأ للمرض بأنه غير مهمل او منبوذ في المجال العائلي. ومع ان بعض الصراعات النفسية لا بد من وجودها في حياة معظم العائلات الا ان فعلها الدينامي قل ان يؤثر في العلاقة بين افراد العائلة والمريض. هذا وكما هو ملاحظ، فان درجة اعظم من التعاطف والرعاية والاهتمام تتوفر في عائلات المريض في مجتمعاتنا مما له ان يقلل كثيرا من امكانية قيام حالة من التبرم والضجر والرفض للمريض ومرضه، وهذه كلها ايجابيات في المجال العائلي، ولها ان تساعد اكثر من اي شيء آخر في الحد من شدة الحالة المرضية وما يترتب عليها من آثار. وقد يفسر هذا الواقع ما نلاحظه من ان حالات المرض الشيزوفريني في مجتمعاتنا هي على العموم اكثر املا في الشفاء واقل اتجاها نحو التدهور مما هو الحال في المرضى في مجتمعات اكثر تعقيدا في حياتها العائلية، غير ان هنالك سلبية هامة في حياتنا العائلية والتي لها ان تساعد على تكريس الحالة المرضية، وهي اننا نميل في معظم الحالات الى غمر الأولاد وخاصة من تبدو فيهم خصائص الاتجاه نحو المرض، بفيض من العاطفة وبما يزيد عن الحاجة من القيود، ومن شأن ذلك ان يقلل من امكانية توصل الفرد النامي الى هوية ذاتية ناضجة وقادرة على التعامل مع الواقع بكفاءة، مما له ان يدفعه اكثر واكثر نحو حالة من الانطواء واللاواقعية، ولهذا يقتضي الحد من مثل هذه الاتجاهات في الرعاية العائلية للمريض.

العلاج المعنوي Moral Therapy :

العلاج المعنوي او الاعتباري يرد تأريخياً الى جهود ثلاثة من الأطباء وهم شياروجي في ايطاليا Chiarugi وبنيل Pinel في فرنسا، وتيوك Tuke في انجلترا، وكلهم بدأوا في تطبيق هذا الأسلوب العلاجي في أزمان متقاربة (نهاية القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر). فالأول: شياروجي، اتبع اسلوبا علاجيا يعتمد مبدأ المعاملة للمريض بتفهم ورقة وحزم ولكن بصورة فردية، وقد تم ذلك عن طريق المرضين والممرضات ومحافظي المستشفى تحت الاشراف الطبي. وفي انجلترا قام الدكتور تيوك Tuke بتطبيق اسلوب علاجي مماثل في المستشفى الذي اسسته جماعة الفرندز عام ١٨٣٣، وكان اسلوبه العلاجي في معظمه غير طبي، والعلاج الطبي الوحيد الذي اعطي للمرضى كان الحمامات الحارة، أما بقية العلاج فكان ما يسمى بالعلاج المعنوي. وقد قسم تيوك طبيعة هذا العلاج الى ثلاثة اقسام: اولها الطرق التي يمكن بواسطتها تقوية مقدرة المريض على السيطرة على اضطرابه الفعلي، وثانيها الطرق التي يقتضي اتباعها للسيطرة على سلوك المريض عندما يكون ذلك ضروريا، وثالثها الطرق التي يمكن اتباعها لتحقيق راحة المريض. وقد اتبع تيوك الاساليب التالية لتحقيق هذه الأهداف، فأما أولها فقد راح يحققه عن طريق تشجيع ضبط النفس والتحسس بالحاجة الى تقدير الذات، واعتمد تيوك عنصر الشدة كوسيلة لتحقيق ذلك، فعامل مرضاه بحزم معاملة الوالد لأطفاله. أما الهدف الثاني من العلاج وهو

السيطرة على سلوك المريض فقد اقتصر على استعمال الجاكيتات المقفلة في حالات الهياج، كما ان معاملة المريض وتصنيفه بين فئات المرض اعتمدت على سلوكه. أما هدف راحة المريض فان الملجأ ببنائه الملائم وموقعه الريفي وحدائقه ووسائل التسلية فيه، قد هيأ للمريض الجو الملائم للراحة والابتعاد عن واقع الحياة وهمومها. أما ثالث رواد الحركة المعنوية للعلاج، بنيل Pinel فقد بني اسلوبه العلاجي طبقا لفهم ارسطو للصحة العقلية بأنها حالة من التوازن بين العواطف، وقد مارس بنيل بصورة مستقلة اسلوب تيوك الذي هدف الى السيطرة على المريض واخضاعه لارادة الطبيب، غير انه جمع في هذه العملية بين اللطف واللين وبين الحزم والشدة، وهو كتيوك هيأ الظروف الملائمة لراحة المريض ومشاركته في فعاليات المستشفى بما في ذلك العمل في مرافقه.

ان هذا الاسلوب العلاجي، الذي عم بلدانا اخرى في اوروبا وانتقل منها الى امريكا كان الاسلوب العلاجي المتبع في هذه البلدان حتى مطلع القرن الماضي، ومن الواضح انه لم يكن هنالك من بديل افضل بالنظر لانعدام الوسائل العلاجية الطبية للأمراض العقلية، والذي حدث لمدة طويلة فيما بعد هو تعذر تطبيق العلاج المعنوي على الشكل الذي توخاه البادئون فيه وذلك بسبب اكتظاظ المستشفيات بالمرضى وصعوبة تمويلها وادامتها مما ادى الى.إهمال قاعدة التعامل مع المريض كفرد والى ممارسة شتى اساليب السيطرة والقمع وسوء المعاملة للمرضى، وهي السمات التي عرفت بهامستشفيات الأمراض العقلية وحتى زمن غير بعيد.

قد يطرح السؤال الآن فيما اذا كانت الفلسفة العلاجية التي انبثقت منها طريقة العلاج المعنوي، يمكن الأخذ بها وتطبيقها في الزمن الحالي، ويختلف الباحثون في تقييم هذه الفلسفة وملاءمتها للمريض عقليا. ومهما كانت مبررات مؤيدي او معارضي هذا الاسلوب فان مما لا شك فيه ان هذا الاسلوب العلاجي في حينه قد اعتبر حدثا هاما، وان لم يكن جديدا في تاريخ المرض العقلي وعلاجه، وسيظل الباحث يجد في هذا الاسلوب الكثير من العناصر الايجابية التي لها ان تساعد على الشفاء، ومن هذه العناصر التوجه الانساني وتأكيد الخصائص الفردية للمريض، والمشاركة في الفعل الجماعي وتهيئة البيئة المريحة والمحفزة، وهي العناصر التي يجب ان لا تغفلها اي وسيلة علاجية.

العلاج السلوكي

نشأ الاسلوب السلوكي في العلاج نتيجة للرأي الذي يحمله السلوكيون عن اسباب المرض الشيزوفريني وبأنه كحصيلة لعمليات متواصلة من التكيف الخاطىء في السلوك والتي تبدأ منذ عمر مبكر، وبنتيجة ذلك فان المريض الشيفزوفريني يعاني من عجز في المقدرة على التعامل مع الواقع او الأداء الكافي والمناسب لمتطلبات هذا الواقع، وهذا بالتالي يؤدي الى توقف او نكوص الفرد الى دور طفولي واقل كفاءة في تعامله مع ظروف الحياة. وهدف العلاج السلوكي هو تطبيع المريض على انماط سلوكية معينة مع اعطائه القدر اللازم من المهارات الاجتماعية مما له ان يمكنه من مواجهة الواقع الذي يقتضي عليه مواجهته.

إن فائدة هذا العلاج ما زالت غير واضحة القدر، وهنالك افادات عديدة من دراسات كثيرة والتي تؤكد فائدة هذا الاسلوب العلاجي، بينما تنفي دراسات اخرى مثل هذه الفائدة، غير ان غالبية الدراسات

تميل الى تأكيد حصول بعض الفائدة من هذا الاسلوب العلاجي في بعض المرضى، غير انه ما زالت هنالك حاجة الى اثبات ذلك بدراسات مقارنة تبين فعل هذا الأسلوب العلاجي بالمقارنة مع اساليب علاجية تعطى مفردة او بالاشتراك مع العلاج السلوكي، والدراسات المحدودة التي جرت حتى الآن لمقارنة هذا الفعل افادت بأن العلاج السلوكي هو افضل من عدم العلاج، وبأنه افضل من العلاج النفسي الفردي وافضل قليلا من العلاج الجماعي، وحتى اذا لم يثبت وجود فائدة للعلاج السلوكي على المدى القصير او الطويل فان هنالك بعض الفائدة في حالة المرضى المزمنين خاصة أولئك الذين يصلون الى درجة شديدة من التدهور مع نقص وعجز كبيرين في الحوافز للقيام بأي نوع من النشاط، وقد وجد في هذه الحالات بأن تطبيق العلاج السلوكي باسلوب العربون أو المكافأة Token-Therapy له ان يؤدي الى اثارة الحوافز الايجابية عند المريض وان يؤدي الى تعاون المريض في نواحي معينة من السلوك كتناول الطعام والنظافة والقيام بأداء بعض المهام.

طرق علاجية اخرى :

هنالك طرق علاجية اخرى لها ان تساعد في عملية شفاء المريض او في الوصول الى مرحلة معقولة من الشفاء وفي الابقاء عليها، وتقع هذه الطرق في مجال متداخل بين الطرق المحيطية من جانب والطرق النفسية من جانب آخر. ومن هذه الطرق وسائل التشغيل اثناء فترة العلاج في المستشفى، ووسائل التأهيل والتي قد تبدأ في المستشفى ثم تتواصل خارجه. فوسائل التشغيل، او الاشغال في المستشفى تهدف الى ربط المريض بالواقع وبغيره من المرضى والاصحاء في المستشفى، والى اعطائه الشعور بالثقة بنفسه ومن حوله، وتمكين المريض من ممارسة بعض الهوايات او التعرض لها كالرسم والموسيقى والرقص واللعب والتمثيل وغيرها من الفعاليات، ولذلك كله ان يشجعه على الاتصال مع غيره ويساعده على التعبير عن نفسه بتلقائية وحرية اكبر، ولهذا ان يحرر المريض ايضاً من بعض قيوده النفسية المتأصلة، كما له ان يوفر مصدراً هاماً للطبيب لفهم الحياة النفسية للمريض، وهي الحياة التي تبدو غامضة ومقفلة في مرض الشيزوفرينيا. ومن الواضح ان ممارسة مثل هذه الوسائل، على أهميتها، لا تفيد المرضى الذين يقيمون فترات قصيرة في المستشفى، فهي اكثر فائدة للمرضى الذي يقيمون فترات طويلة، كما هو الحال في الحالات شبه الحادة او التي تميل الى الأزمان أوالحالات المزمنة. وفيما يتعلق الأمر بالعلاج التأهيلي، فان الهدف الأساسي منه هو رد المريض الى حياة فعالة ومنتجة، وبالقدر الذي يتناسب مع حالته المرضية وامكانياته وظروفه. وفي تقرير اسلوب تأهيل المريض ونوعية تأهيله، فانه يقتضي ان يؤخذ بعين الاعتبار تأثير عملية التأهيل على عملية الشفاء من المرض، ليس على المدى القصير فحسب، وانما على المدى الطويل بشكل خاص، والتوصل الى الرأي الصائب في هذا الموضوع يتطلب غاية الدقة والدراية، ليس بأمر المرض والمريض فقط، وانما بفعل العوامل الحياتية المختلفة على كل منهما، والتفاعل الناجم عن ذلك بين المريض وبين هذه العوامل.

العلاج بين البيت والمستشفى

قيام حالة مرضية شيزوفرينية هو حدث هام ومثير ومقلق، واحيانا مفزع، في محيط العائلة، خاصة

اذا ظهرت الحالة بصورة مفاجئة وحادة. وموقف العائلة من مثل هذا الحدث هو على العموم موقف يجمع بين الرهبة والتوقع والأمل بأن الحالة ستزول تلقائيا وبسرعة. وهذا الموقف قد يستمر اياماً واسابيع، ولهذا فقلما يقوم المريض او عائلته باستشارة الاطباء في الأيام الاولى من ملاحظة المرض، وقد تتأخر هذه الاستشارة اسابيع او اشهر عديدة، وليس من النادر ان نجد بأن هذه الاستشارة الطبية قد تأتي لاول مرة بعد سنة او اكثر من ظهور بوادر المرض. ومع ان التأخير في مثل هذه الحالات قد يفسر على اساس من الظروف الاجتماعية والاقتصادية. الا انه يأتي من ناحية اخرى بنتيجة تكيف العائلة على الواقع المرضي للمرض وقبولهم للمريض ومرضه وعلى علاته، أو بسبب خشية العائلة من التصاق وصمة المرض بهم في أعين مجتمعهم.

ان من اهم القضايا المتعلقة بعلاج المريض بالشيزوفرينيا، حالة حال المريض بأمراض عقلية اخرى، هو تقرير المكان الملائم للعلاج، وهل يفضل ذلك داخل المستشفى او خارجه. وفي التوصل الى قرار بهذا الشأن فإن الرأي الطبي كثيرا ما يتعارض مع رأي العائلة، كما يمكن ان يتعارض مع الامكانيات المتوفرة من اجتماعية واقتصادية من ناحية اخرى. والقرار النهائي في امر تقرير كيفية ومكان العلاج لا بد له ان يوافق بين هذه العوامل الثلاثة: الطبيب والعائلة والامكانيات العلاجية المتوفرة.

ان الحالة المرضية العقلية، والشيزوفرينية بصورة خاصة، يفضل علاجها في الأدوار الأولى من العلاج على الاقل، في المستشفى. وهذا التفضيل يأتي بسبب ضرورة صرف العلاج بصورة منتظمة، وربما بطريقة فنية تتطلب البقاء في المستشفى، كما ان ذلك ضروري في المرضى الذين يرفضون تناول العلاج وتناول الطعام ويتعذر عليهم النوم، ويعانون من حالات الهياج والعنف، وفي المرضى الذين يحتاجون العلاج الكهربائي بأسلوب خاص معدل، او الذين يحتاجون الى مقادير كبيرة من الادوية المعقلة مما يتطلب الرصد المتواصل لآثار ذلك في اجسامهم. غير ان العائلة في محاولتها اتخاذ قرار بهذا الموضوع، فانها تخضع لعملية ثنائية من الشعور، فهي في الوقت الذي ترغب فيه التخلص من عبء العناية والملاحظة المضنية لحالة مرضية غريبة وصارمة في اعراضها، الا انها في الوقت ذاته تخضع لشعور آخر معاكس من الرغبة في ابقاء المريض ومعالجته في البيت وتجنب ادخاله للمستشفى بأي ثمن كان. والغلبة في هذا الشعور الثنائي في مجتمعاتنا هي تقليدية وتتجه عادة الى الرغبة في ابقاء المريض في البيت، غير اننا نلاحظ تحولاً واضحاً في السنوات الأخيرة نحو التغلب على هذا الشعور بالتخلص من المسؤولية المباشرة عن المريض في البيت. ومما يساعد على قيام مثل هذا التحول هو الصعوبة المتزايدة في احتواء المريض في نطاق العائلة، والتحسن الكبير في الامكانيات العلاجية المتوفرة في المستشفيات. اما القرار بادخال المريض الى المستشفى للعلاج فيجب ان يأخذ بعين الاعتبار ما يمكن ان يحققه ذلك من فائدة تفوق الفائدة لبقاء المريض في بيته، والعوامل المقررة لذلك هي:

١) مدى علاقة البيت او بعض أفراد العائلة في تكوين او ترسيب الحالة المرضية، اضافة الى ردود فعل العائلة او بعض افرادها لقيام الحالة المرضية بينهم، فالاتجاهات السلبية في مثل هذا الجو تعطي ترجيحاً لابعاد المريض، ولو لفترة من الزمن عن محيط البيت وادخاله المستشفى.

٢) مدى توفر امكانيات الرعاية والعناية في البيت، وحتى لو توفرت هذه الامكانيات فان بعض الحالات المرضية يقتضي علاجها في المستشفى بالضرورة، اما بسبب طبيعة الحالة المرضية (العنف والتعدي والهياج الخ . .) او بسبب طبيعة العلاج، وما عدا ذلك فقد يكون البيت افضل من الدخول للمستشفى.

٣) الامكانيات المتوفرة في المستشفى ومدى بعدها او اقترابها من المتطلبات العلاجية المثلى.

*

ان المستشفى المثالي لعلاج الأمراض العقلية، وخاصة مرض الشيزوفرينيا قد لا يكون متوفراً الان في اي مكان من العالم، والمتتبع لتاريخ الأمراض العقلية وعلاجها يقع على محاولات عديدة هدفت الى رعاية وعلاج هؤلاء المرضى في مؤسسات علاجية خارج بيوتهم. (انظر الفصل الخاص عن تاريخ المرض) وقد تواصلت هذه المحاولات من زمن اليونان والرومان الى زمن الحضارة العربية في بغداد والشام والاندلس وحتى عصرنا الحالي. وقامت هذه المؤسسات على عدة اشكال، فمنها ما اختص بالامراض العقلية، ومنها كما هو الحال في بغداد في عصر الرازي، اقام ردهات خاصة للأمراض العقلية ضمن المستشفى العام، وفي العصر الحديث ظهرت انواع عديدة من المؤسسات العلاجية منها ما هو خاص بهذه الأمراض ومنها ما يكون ردهة او وحدة ضمن مستشفى عام، ومنها ما يعالج المرضى مع غيرهم من المرضى في ردهة واحدة وبدون حاجز وتمييز بينهم، وبدون الحاجة الى مستشفى او وحدة علاجية خاصة، وهنالك الى جانب ذلك المصحات الخاصة، والمستشفيات النهارية، ومنازل الرعاية الخاصة وغيرها من المؤسسات. واختيار المؤسسة الانسب لعلاج المريض يفترض توفر امكانية الاختيار، اما ما تقوم به المؤسسة العلاجية فهذا امر يتوقف على مدى توفر الامكانيات التقنية، وهذه الامكانيات لا تنحصر فقط، في مجرد احتجاز المريض وصرف العلاج الدوائي وغيره من العلاجات المادية اللازمة له، وانما تشمل بصفة خاصة توفير رعاية المريض واعداده بصورة ملائمة للتغلب على صعوباته النفسية، وهي الصعوبات التي منعته من الاتصال والتكيف الاجتماعي وملاقاة الواقع الحياتي وحاجاته. ان هذه المهام الصعبة تسند عادة الى الهيئة التمريضية والى القائمين بعملية التأهيل والعلاج التوظيفي في المستشفى، وهذه الهيئات في مجموعها، اضافة للمهام الطبية الاخصائية. يعبر عنها بمصطلح (المجتمع العلاجي Community Therapy).

ان المستشفى المتكامل والذي يتوفر فيه المجتمع العلاجي على افضل صورة قد يكون المؤسسة المثالية لعلاج مرض الشيزوفرينيا، غير ان كثرة المرضى، وتكاليف العلاج في بعض البلدان، وقلة العناصر الفنية المختصة والملتزمة بمثل هذا العمل الشاق، قد حددت كثيرا من الفائدة الممكنة لمثل هذا المجتمع العلاجي، وهذا الواقع يتضح من ان معدل بقاء المريض في المستشفى عند دخوله لأول مرة يقع في حدود ٢٠ يوما، كما تبين ذلك من دراسات احصائية في امريكا ودول اوروبية اخرى، وهو معدل لا يقل كثيرا عن معدل الدخول في الوحدات العلاجية (المأجورة) في بلادنا، وهي مدة زمنية قصيرة يتعذر خلالها تطبيق المجتمع العلاجي والاستفادة منه.

وفيما يتعلق بتصريف الحالات المرضية التي تميل الى الازمان، او انها اصبحت مزمنة، فان الهدف

العلاجي يجب ان يتجه دائما الى محاولة تأهيل المريض ضمن المجال البيتي، والمجال الاجتماعي ـ اذا امكن، وفي هذا التأهيل ما قد يعطي المريض فرصة التماس مع اناس اصحاء وفي ظروف حياة واقعية، ومن شأنه أيضاً ان يحدث ولو بعض التحوير في حالته العقلية وفي سلوكه. غير ان تطبيق مثل هذا الهدف يتحدد بموقف العائلة وبامكانياتها المتوفرة، واذا لم يكن بالامكان تحقيق ذلك في نطاق العائلة، فان نوعا من التأهيل في منازل خاصة وتحت رعاية اجتماعية طبية، قد يكون البديل الافضل، ومثل هذا التأهيل قائم في بعض البلدان، غير اننا ما زلنا في حاجة لتجربته في محيطنا.

٩ ـ اختيار الوسيلة العلاجية

في اختيار الوسلية العلاجية المناسبة للمريض بالشيزوفرينيا فـان المفروض ان يتقـرر ذلك تبعـا لاجتهاد الطبيب المعالج والمستمد من خبرته العلاجية في المرض وحالاته وأدواره. غـير ان الطبيب لا يستطيع ان يغفل من حسابه في هذا الاجتهاد امكانيات المريض وظروفه الخاصة، وحتى ظروفه العامة، كما لا يستطيع في الكثير من الاحيان تفادي الضغوطات التي تقع عليـه من عائلة المـريض والتي تأتي من توقعاتهم عن طريقة العلاج. وهكذا فان الوسيلة العلاجية تأتي في الكثير من الاحيان محصلة لفعل هذه العوامل كلها، وهي المحصلة التي قد لا تتوافق مع اجتهاد الطبيب وحكمته العلاجية. لقد بينا بالتفصيل الوسائل العلاجية التي وردت في علاج مرض الشيزوفرينيا من مادية وظرفية ونفسيـة وتأهيليـة. ومن الواضح ان العلاج الامثل هو العلاج الذي يستغل هذه الوسائل العلاجية المختلفة بما يتناسب مع المريض وحالته المرضية، فجميع هذه الوسائل هامة ومفيدة، ولو بدرجات متفاوتة في علاج مرض الشيزوفرينيا، وقد قامت ابحاث ودراسات هدفت الى تقرير فائدة هذه الوسائل العلاجية بمفردها، او بالمشاركة بين وسيلة واخرى. ونتائج هذه الدراسات فيها الكثير من التباين، غير اننا يجب ان ندرك بأن الغاية العلاجية لاتكمن في اقامة التفاضل بين طريقة او اخرى من هذه الطرق، بل في استغلال هذه الطرق كلها للغايات العلاجية وبطريقة متكاملة وبقدر ما يكون ذلك لازما وممكنا.

ان هنالك اجماعا تقريبيا في الرأي، على ان الطرق المادية في العلاج هي امر لازم وضروري لكل حالة مرضية، على الاقل في الحالات الحادة وفي علاج الانتكاسات المرضية او الوقاية منها، والوسائل المادية الاساسية هي العلاج الدوائي بالمعقلات والصدمة الكهربائية، اما العلاج الانسلوني فقد بطل استعماله في معظم المراكز العلاجية، وكذلك الصدمة الكيمياوية، اما العملية الجراحية على الدماغ فهي محدودة الاستعمال في الوقت الحاضر.

ان هنالك تباينا بين الأطباء في تقرير اي الاسلوبين افضل، الدواء او الكهرباء، في علاج الحالات الحديثة والحادة من مرض الشيزوفرينيا، ويميل معظم الاطباء الى اعطاء الافضلية للعلاج الدوائي، لا من حيث البدء به فحسب بل من حيث نتائجه العلاجية، غير ان هنالك بعض الحالات المرضية الشيزوفرينية التي قد تستجيب بسرعة اعظم لعلاج الصدمة الكهربائية وخاصة الحـالات التي يتوفـر فيها إعـراض الانفعال الكآبي، والمحاولات الانتحارية، والامتناع عن الطعام والسلبية في التعامل، فالعلاج الكهربائي هو اسرع فعلا في هذه الحالات من الادوية التي قد يستغرق البدء في ظهور مفعولها عدة ايام على اقل

تقدير. واستعمال الكهرباء كاختيار اول في علاج الشزوفرينيا لا يمنع من استعمال الدواء في نفس الفترة الزمنية، كما ان لاستجابة المريض للصدمة الكهربائية ما يسهل تعاونه في تناول العلاج، وفي التعامل معه بشكل عام.

وفي اختيار الدواء المفضل، فان هنالك كما بينا فروقا واسعة في اجتهادات الاطباء، ومهما كان اختيار الطبيب من الدواء، فان عليه ان لا يفسح المجال لحماسه لدواء معين لكي يغلق عليه باب الاجتهاد بشأن دواء آخر قد يكون اكثر فائدة، او بجمع اكثر من دواء في آن واحد، غير ان عليه ان يعطي كل دواء الفرصة الزمنية اللازمة للفعل، وبالمقادير اللازمة للتأثير. كما ان عليه ان يرقب ردود الفعل في المريض وامكانية ظهور الاعراض الجانبية او السامة الناجمة عن استعمال دواء واحد، او الناجمة عن التفاعل بين دوائين او اكثر.

لقد ذكرنا بشيء من التفصيل المركبات الدوائية المعروفة والمجموعات الكيمياوية التي تنتمي اليها، وفعالية هذه المركبات، ويمكن القول هنا باختصار بان اكثر الادوية المعقلة والمضادة للشيزوفرينيا استعمالا هي مركبات لارجكتيل، وستيلازين، وسيرنيز، ومللريل، واوراب. ومن هذه المركبات فان الأولين منها هما اكثر الأدوية انتشارا واستعمالا وفائدة. اما من حيث مجال استعمالهما فان لارجكتيل وسيرنيز ومللريل هي اكثر هذه العقاقير فائدة في الحالات الحادة والتي تتميز بالتهيج والانفعال والحركة اما ستيلازين فهو اكثر فائدة في الحالات التي يقل فيها النشاط والحركة وتظهر فيها اعراض الاكتئاب، اما الدواء الاخير اوراب - فهو اكثر فائدة في حالات الشيزوفرينيا المزمنة والتي يقل فيها الحافز او الاتصال الجماعي. اما من حيث الجمع بين الدواء ووسيلة علاجية اخرى نذكر في هذا الصدد خلاصة دراسة قام بها احد الباحثين (فيليب مي Philip May - ١٩٦٨) والتي قارن فيها بين نتائج خمسة انواع من العلاج لمرض الشيزوفرينيا، وهي: ١) العقاقير المعقلة: وحدها، ٢) العلاج النفسي الفردي وحده، ٣) الجمع بين العقاقير المعقلة والعلاج النفسي، ٤) الصدمة الكهربائية، ٥) العلاج المحيطي بدون علاج محدد.

وقد اظهرت دراسته النتائج التالية:

(اولا) بان الدواء وحده او الدواء مع العلاج النفسي، هما بشكل واضح ومقنع اكثر الطرق العلاجية فعالية في علاج معظم المرضى في المستشفيات.

(ثانيا) ان العلاج المحيطي وحده كان اقل الوسائل العلاجية فعالية.

(ثالثا) اما العلاج النفسي بدون دواء فقد بدا عديم الجدوى.

(رابعا) العلاج بالصدمة الكهربائية جاء من حيث الفائدة في منزلة وسطى بين الوسيلتين اللتين استعمل فيهما الدواء (الدواء وحده، والدواء مع العلاج النفسي) وبين الوسيلتين اللتين لم يستعمل فيهما الدواء (العلاج النفسي وحده، والعلاج المحيطي وحده).

ومن هذه الدراسة يتضح بان الافضلية في العلاج هي للدواء، ويلي ذلك الكهرباء ثم تأتي الطرق العلاجية الاخرى: النفسية والمحيطية، غير ان الجمع بين الدواء والعلاج النفسي والمحيطي يمكن ان يكون اكثر فائدة للمريض على المدى الطويل واكثر تمكينا للمريض للتكيف الطبيعي على واقع الحياة من صرف الدواء وحده.

القسم الثامن

مسيرة المرض ومصيره

١ ـ عودة (الانتكاسة) المرض .

- العوامل الفعالة في عودة المرض
- المريض ومرضه ، اسلوب العلاج ، الظروف الحياتية

٢ ـ مسيرة المرض الشيزوفريني ومصيره

- المصير بصورة عامة
- المصير الأفضل
- المصير الأسوأ
- الخلاصة

٣ ـ المصير النهائي للمريض بالشيزوفرينيا

٤ ـ الخلاصة ·

١ ـ عودة المرض الشيزوفريني
« الانتكاسة »

من اهم ما يهم المريض ويعنى به اهله هي مسألة عودة المرض للمريض بعد ابلاله الظاهر من حالته المرضية ، واحتمال هذه العودة وزمنها وكيفية الحيلولة دونها . والاجابة عن جميع عناصر هذه المسألة ليس من السهولة المتصورة ، ولا بد لمثل هذه الاجابة من الاحاطة بفعل متغيرات كثيرة ، وحتى بهذه الاحاطة فان الاجابة الموثوقة قد تكون متعذرة .

ان العوامل الفعالة والمشاركة في تقرير امكانية الانتكاسة من عدمها عديدة ، منها ما يتعلق بالمريض وحالته المرضية ، ومنها ما يتعلق باسلوب علاجه ، ومنها ما يعتمد على الظروف الحياتية التي يعيشها المريض . ومع ان هذه العوامل بمجموعها هامة في تقرير امكانية الانتكاسة المرضية ، الا انه يبدو بأن أهم هذه العوامل اثرا على المدى الطويل هو عامل المريض ومرضه . وهذا يتضح من ان حوالي ١٠ الى ١٥ في المئة من المرضى ينتكسون الى نوبة اخرى من المرض في خلال عام ، وحتى في افضل الظروف العلاجية ، وتزداد هذه النسبة بشكل واضح خلال العام الثاني وما يليه من السنوات ، ففي احدى الدراسات المقارنة التي تم فيها علاج مجموعتين من المرضى ،الاولى بمركبات الفلوفينازين الطويلة مدى الفعل ، والثانية بدواء تمويهي دائم ، تبين بأن ٨ في المئة من المجموعة الاولى فقط انتكسوا خلال التسعة شهور الاولى مقابل ٦٦ في المئة من مرضى المجموعة الثانية . وفي دراسة اخرى تقارن بين فئتين من المرضى تمت متابعتهم لمدة سنتين بعد خروجهم من المستشفى ، تبين بأن الانتكاسة باستعمال علاج ا لادامة حدثت في ٤٨ في المئة ، مقابل ٨٤ في المئة من الذين عولجوا بدواء فعلي .

العوامل الفعالة في عودة المرض :

١ ـ المريض ومرضه :

يتضح من الملاحظات العديدة بأن هذا العامل هو اهم عامل مقرر لاحتمال الانتكاسات المرضية . فالمريض الذي من طبيعته ان ينتكس ، فانه يعود الى المرض مرة او اكثر وبعد فترة قصيرة او طويلة وبصرف النظر عن عوامل اخرى . ومع ان لعلاج الادامة اثره في التقليل من عدد الانتكاسات وفي اطالة المدة الفاصلة بينها ، الا ان بعض المرضى ينتكسون على كل حال رغم افضل الوسائل العلاجية ، وحتى ما يبدو وكانه حيلولة دون الانتكاسة في بعض المرضى بسبب العلاج ، ما هو في الكثير من الاحيان الا مجرد احتمال للانتكاسة المرضية وليس منعا لها . ولعل اقرب ما يكون من القواعد الصادقة في تقرير احتمال

الانتكاسة المرضية فيما يتعلق بالمريض ومرضه ، هي ان المريض الاصغر سنا ، والذي يحمل امكانيات وراثية ظاهرة في أقاربه ، والذي يتمتع من صغره بشخصية شيزية . والذي يأتي مرضه بصورة تدريجية وتتطور مع الزمن ، والذي لا يبرز في حياته وجود عامل مرسب هام للمرض ، فان احتمال استمرار حالته المرضية وانتكاسته ومعاودة هذه الانتكاسة والوصول الى حالة مزمنة من المرض ، هو اكثر احتمالا بصورة واضحة من مريض اصيب بعد الثلاثين من عمره ، والذي خلت وراثته من المرض ، واتصفت شخصيته السابقة للمرض بخصائص طبيعية ، والذي يأتي مرضه بصورة حادة وعلى اثر عامل مرسب واضح والذي يستجيب بسرعة للعلاج وتزول اعراضه بصورة كاملة ويعاود نشاطه الحياتي بدون عوق او اي مظهر من مظاهر المرض . ومع ان الفرق عظيم بين نسبة احتمال الانتكاسة المرضية بين الفئة الاولى والفئة الثانية ، الا ان العلاج قد ضيق كثيرا من هذا الفرق . وعلى سبيل المثال، فان ٦٠ الى ٧٠ في المئة من المرضى كانوا ينتكسون في الماضي في خلال السنة الاولى بدون علاج ، بينما ١٠ الى ١٥ في المئة ينتكسون الان خلال هذه المدة اذا ما وضعوا تحت العلاج الادامي المناسب . وهنالك الى جانب هذا العامل العلاجي الدوائي ، فعل العلاج المحيطي ، والذي قد يكون عاملا ايجابيا او سلبيا في تقرير احتمال عودة الحالة المرضية . ومن العوامل المدللة على سوء حظ المريض من حيث الانتكاسات المرضية ، هي انتكاسة المريض السريعة بدون علاج او بصورة خاصة وهو تحت العلاج مع توفر بقايا من اعراض المرض من النوبة السابقة ، فإن ذلك يمكن ان يكون مؤشرا نحو احتمال اعظم بحدوث انتكاسات مرضية اخرى في المستقبل . وبعكس ذلك فإن المريض الذي تزول اعراضه كليا بعلاج او بدون علاج ، ويمر زمن طويل قبل حدوث انتكاسة ثانية ، فإن هنالك احتمالا اقل بانتكاسات مرضية اخرى .

٢ ـ الاسلوب العلاجي :

لعله لا يوجد أي تأثير لاي وسيلة علاجية لحالة شيزوفرينية قائمة على امكانية حدوث الانتكاسة المرضية التالية لها ، سواء كان العلاج ماديا بالعقاقير او الكهرباء ، او نفسيا او محيطيا ، خاصة اذا ما تحدد العلاج في فترة المرض فقط . اما اذا استمر صرف العلاج بصورة مستمرة (علاج الادامة) ، وخاصة عن طريق علاج الادامة الدوائي ، فان احتمال الانتكاسة المرضية يقل كثيرا عن هذا الاحتمال اذا ما ترك المريض بدون علاج او اعطي علاجا تمويهيا ، او اي علاج اخر مادي او نفسي او محيطي (لقد تعرضنا لذلك بالتفصيل في الفصل الخاص بالمفاضلة بين العلاج الدوائي والعلاج التمويهي) . وتقدر زيادة احتمال الانتكاسة عند تناول دواء تمويهي بالمقارنة مع دواء معقل بحوالي ٢ في المئة في كل شهر من الزمن . وفيما يتعلق بعلاجات الأدامة الدوائية ، فليس هنالك من مركب دوائي اكثر مقدرة من مركب اخر على المنع او التقليل من الانتكاسات المرضية ، وان كانت المركبات الطويلة مدى الفعل والتي تعطى على شكل حقن عضلية ، هي اكثر ضمانة في التقليل من هذا الاحتمال من المركبات الدوائية التي تعطى عن طريق الفم ، وذلك بسبب ضمان مستوى الدواء في الدم باستعمال الحقن على خلاف تناوله عن طريق الفم وهو التناول الذي لا يضمن هذا المستوى .

ومن الملاحظات بشأن العلاقة بين العلاج الدوائي وبين احتمال الانتكاسات المرضية ، يبدو ان المريض الأقل ازمانا والأشد مرضا والأكثر تناولا لمقادير الدواء ، والمريض الذي ثابر على نوع واحد من

الدواء لمدة طويلة ، والمريض الذي انتكس عند توقف معالجته بالدواء ، فانهم جميعا اكثر احتمالا للانتكاسة المرضية .

٣ ـ الظروف الحياتية :

للظروف الحياتية التي يعيشها المريض تأثير على احتمال الاصابة بانتكاسة مرضية ، ومن الظروف التي لها تأثير يزيد من احتمال حدوث الانتكاسة المرضية او يقرب من اجل وقوعها هى : ١) ان تكون ظروفه الحياتية عاملا مرسبا او مساعدا في تكوين المرض . (٢) ان يكون الشخص لا يسكن مع عائلته او ان يكون أعزب ، او مطلقا او مفرقا عن زوجة او أرمل . (٣) ان يكون عاطلا عن العمل ، او في وضع اقتصادي سيء . (٤) ان تكون علاقته مع احد افراد عائلته متسمة بالحساسية . (٥) ان يبدى احد افراد عائلته شعور التبرم والنقد وعدم الرضا نحوه .

الخلاصة :

يمكن تلخيص العوامل المؤثرة في درجة احتمال عودة المرض للمريض مرة اخرى او اكثر بالقواعد التالية ، غير ان من الواضح بأن تعدد هذه العوامل وتفاعلها مع بعض قد يجعل الحصيلة النهائية لتأثيرها على درجة احتمال عودة المرض اكثر من تأثير اي عامل مفرد من هذه العوامل ، ولهذا يقتضي دائما الاعتماد على اكبر عدد ممكن من هذه العوامل عند محاولة التنبؤ باحتمالية عودة الحالة المرضية من جديد ، وحتى بمثل هذا الاعتماد ، فان التنبؤ قد لا يكون صادقا ، وقد لا يعود المرض لمريض ظن بأنه لن يشفى وبأن المرض سيعاوده حتما ، وقد يعود ثانية بعد ان يكون قد شفي بصورة سريعة وتامة .

أولا :

ان الحالة المرضية التي من خصائصها وخصائص المريض الذي يعانيها ، ان تكون مؤشرة الى مصير حسن ، فان هنالك احتمالا اقل بانتكاس المريض مرة اخرى ، وعلى عكس ذلك فان المريض الذي من خصائص حالته المرضية وخصائصه ان ينذر بمصير نهائي سيء ، فاحتمال عودة المرض اكثر ورودا .

ثانيا :

الحالة المرضية التي تزول اعراضها المرضية كليا بالعلاج ، وخاصة بدون علاج ، فانها اقل احتمالا بالانتكاسة ثانية .

ثالثا :

الحالة المرضية التي تزول فيها الاعراض المرضية في فترة زمنية اقصر ، (من ايام الى ما دون الستة شهور) ، فان احتمال الانتكاسة بها اقل من الحالات التي تزول فيها الاعراض المرضية بعد فترة تزيد على الستة شهور .

رابعا :

احتمال الانتكاسة المرضية على المدى القصير للشخص الذي سبق وضعه تحت العلاج ، خاصة

الدوائي ، هو اقل من المريض الذي لم يعالج . فالملاحظ ان المرضى الذين سبقت معالجتهم ، فان الانتكاسة ان حدثت ، فانها لا تحدث في معظم الحالات الا بعد فوات ٣ الى ٦ اشهر على انتهاء العلاج . ويعلل ذلك بسبب الفعل العلاجي الذي يدوم مدة من الزمن حتى بعد التوقف عن استعمال الدواء .

خامسا :

احتمال الانتكاسة المرضية للمريض الذي يتابع تناول علاج الادامة ، خاصة بالحقن الطويلة مدى الفعل ، يقل كثيرا عن احتمال الانتكاسة المرضية لمريض لا يتابع علاج الادامة . والفرق بين درجتي الاحتمال يقع في حدود ٤٠ في المئة لصالح المريض الذي يتابع علاج الادامة في السنة الاولى ، واقل من ذلك في السنة الثانية والتي تليها .

سادسا :

احتمال الانتكاسة المرضية اقل كلما طالت فترة غياب الاعراض المرضية .

سابعا :

الظروف المحيطية الملائمة من حيث الحياة البيتية والزوجية والعلاقات الاجتماعية والوضع الاقتصادي ، والعمل ، والمستوى الثقافي ، ومستوى الذكاء ، كلها عوامل مساعدة تقلل من احتمال عودة المرض ثانية ، وعكس ذلك الظروف غير الملائمة ، والتي ارتبطت الى حد ما بعملية تكوين المرض او ترسيبه في الاصابة الأولى ، والتي يمكن ان تبقى فعالة في حياة المريض .

٢ ـ مسيرة المرض الشيزوفريني

ان ما يهم اولياء امور المريض او عائلته في موضوع الشيزوفرينيا هو مصير الحالة المرضية ، ويتخذ هذا الاهتمام صيغة التساؤل عن مصير المرض كمرض ، ومدى تأثير المرض على المستقبل الحياتي للمريض من حيث دراسته او عمله او علاقاته البيتية والاجتماعية . ومحاولة الطبيب الاجابة عن هذه التساؤلات هي من اكثر المهام التي يواجهها الطبيب صعوبة واحراجا . ومنذ بداية المفهوم الحديث للمرض كما وضعه العالم كربلاين والاطباء والباحثون يحاولون ايجاد بعض القواعد التي يمكن الاستناد عليها في تقرير امكانيات تطور المرض ومصيره . وقد تعددت هذه القواعد التشوفية لمصير المرض واختلف الباحثون في تقرير الصفات والعوامل التي يمكن ان تؤثر في هذا المصير سلبا او ايجابا ، ومع التقدم الكبير الذي ادرك حتى الان في تعيين معالم المرض ومتابعة تطوره ومصيره ، الا أنه ما زالت هنالك صعوبات كبيرة تعترض التوصل الى قواعد ثابتة يعتمد عليها في تقرير المصير المرضي . ومعظم الصعوبة يأتي بسبب الافتقار الى قواعد ثابتة يعتمد عليها في تقرير المصير المرضي ،والافتقار الى قواعد تشخيصية ثابتة وخاصة بالمرض ، اضافة الى تعدد الصور المرضية التي يظهر عليها المرض . ولعل الصعوبة الأهم التي تعترض امكانية التنبؤ الصادق بمصير المرض ، تأتي من طبيعة شخصية المريض وتفاعله مع مرضه ومحيطه ، وهو التفاعل الذي يتخذ صفة الخصوصية ولا يمكن القياس عليه بمقارنته بأي مريض اخر وحالة مرضية اخرى .

*

لقد كان من اعتقاد كربلاين ، وهو اول من عين أعراض المرض الأساسية وصنفه الى صور مرضية ، ان المرض يبدأ في المراهقة والشباب ، وبأنه يؤدي الى تدهور في الملكات العقلية والى درجة الخرف . ولهذا سماه بالخرف المبكر (او الخرف السابق لأوانه) . وبهذا فقد اعطى كربلاين للمرض مصيرا قاتما لا امل يرجى من المصاب به . وتلى بلولر كربلاين ، فاعطى للمرض مفهوما اخر ، فبينما اعطى كربلاين أساسا عضويا في الدماغ للمرض ، فان بلولر اكد على النواحي النفسية . وتوصل من ملاحظاته الى الرأي الذي نعرفه الان ، وهو ان مرض الشيزوفرينيا لا يحدث في مرحلة المراهقة والشباب (المرحلة المبكرة) فقط وانما يحدث في مراحل اخرى لاحقة ايضا ، كما انه لم يشارك كربلاين رأيه في أن المرض يؤدي بالضرورة الى الخرف ، اذ ان هنالك الكثير من الحالات التي تشفى كليا او جزئيا وبدون الوصول الى حالة التدهور العقلي (الخرف) التي توقعها كربلاين للمريض . ومنذ زمن بلولر وحتى الان تثبتت النظرة الى مرض الشيزوفرينيا كمرض قابل للانحسار والشفاء الكلي او الجزئي في نسبة كبيرة من المرضى بفعل العلاج او

بدونه ، غير انه ما زال هنالك من يعطي الشيزوفرينيا مصيرا غير قابل للشفاء . ويذهب البعض الى حد القول بأن المريض الذي يشفى من مرضه ويظل كذلك الى ما تبقى من حياته ، فانه بالتأكيد لم يكن يعاني من مرض الشيزوفرينيا .

ومع الاخذ بعين الاعتبار بجميع هذه الجدليات والصعوبات التي تعترض اعطاء تصور عن مصير المرض ، فإن هنالك بعض القواعد ان صحت تسميتها قواعد ـ التي يمكن ان تساعد الطبيب المختص على التوصل الى تقدير اقرب ما يكون للصحة لمصير الحالة المرضية . وفيما يلي بعض هذه القواعد التي نوردها مع التأكيد بأن مصير الحالة المرضية الواحدة قد يأتي مخالفا لما توقعه الأطباء ، فيشفى المريض من حيث الجزم بتدهوره ، ويتدهور في الوقت الذي يتوقع له الشفاء عاجلا او آجلا .

المصير بصورة عامة :

قبل أن تتوفر الوسائل العلاجية الحديثة تبين للباحثين الذين تابعوا مصير الحالة المرضية في المرض بأن ثلث المرضى يشفون شفاء كاملا ويعودون الى حالتهم وحياتهم الطبيعية كالمعتاد ، وبأن ثلثا اخر يشفون شفاء غير كامل، ولكنه يمكن عودتهم للحياة المعتادة في المجتمع مع بعض التحديد لنشاطهم وفعاليتهم ، وسمي هذا النوع من الشفاء (بالشفاء الاجتماعي)، اما الثلث الأخير فيتألف من مجموعة المرضى الذين يزمن فيهم المرض كاستمرار للحالة المرضية ، أو أن المرض يعاودهم ثم ينتهي بالازمان وبدون اي امل باي درجة من درجات التحسن او الشفاء . وبدخول الوسائل العلاجية الحديثة كالصدمة الكهربائية والعلاجات العقاقيرية والعلاج الجراحي العصبي ووسائل العلاج النفسي التحليلي منه او السلوكي ، فان صورة المصير السابقة قد تغيرت ، وان كان هنالك من يرى بأن العلاج لم يغير كثيرا في الصورة النهائية للحالات المرضية ، والتي تطابق الى حد بعيد الصورة النهائية للمرض بدون علاج . فثلث المرضى الذين يعالجون يشفون شفاء كاملا تقريبا ، والثلث الثاني يشفون الى الدرجة التي تمكنهم من الرجوع الى مجرى الحياة الاعتيادية ، ولكن (بشخصية متضررة)، اما الثلث الباقي فانهم في حاجة الى عناية طبية مستديمة في المؤسسات والمستشفيات . ومن هذه النتائج يتبين أن نسبة اولئك المرضى الذين لا بد لهم من التدهور والأزمان هي واحدة سواء عولج المريض أم لم يعالج . وقد تعطي هذه النتائج الانطباع بأن العلاج وعدم العلاج سواء من حيث المصير المرضي ، وهذا الاستنتاج غير صحيح ، ذلك ان العلاج يسارع في عملية الشفاء للمريض من الفئة الاولى (الثلث الذي يشفى عادة) كما انه يقلل من عدد الانتكاسات المرضية ومن مددها الزمنية ، ومن ثم فإن العلاج بسبب تحكمه ببعض الأعراض التي تكثر في الفئة الثالثة (الثلث الذي يزمن ولا يشفى) فانه يمكن اعدادا كبيرة من المرضى من الخروج من المستشفى والانضمام الى الفئة الثانية في المجتمع . وهذه كلها نتائج هامة يجب اعتبارها مغيرة للمصير المرضي للمريض .

ان من المعلوم ان هنالك اعدادا كبيرة من المصابين بالمرض الشيزوفريني ممن لا يعالجون ابدا ، وهم لذلك غير خاضعين للرصد الطبي . ويقدر عدد هؤلاء بثلاثة اضعاف المرضى المعلومين ، والذي يعالجون فعليا او سبقت معالجتهم . واذا اضيف الى هؤلاء الاعداد الكبيرة من الذين يعانون من اضطراب شيزوفريني كامن يجعلهم على الحدود الفاصلة بين المرض والصحة والذين لا يراجعون للمعالجة وربما لا

يتشكك بامرهم احد، فان الحالات المرضية التي تشفى تلقائيا اما كليا او الى حد كبير، فهي حالات كثيرة وتزيد على الثلث الذي تفيد به الاحصائيات العلاجية، وهذا الواقع يجعل المصير المرضي في الشيزوفرينيا بصورة عامة افضل بكثير مما كان يظن في السابق. وضمن هذا المصير بالنسبة للمرض بصورة عامة، فان هنالك بعض المظاهر والعوامل التي يمكن ان تدلل على مصير افضل او اسوأ للحالة المرضية الواحدة في مريض ما، وسنورد هذه المظاهر والعوامل فيما يلي مع ضرورة الاشارة الى ان ظهور مظهر او عامل واحد منها لا يؤكد وحده على هذه الدلالة. ولا بد من توفر العديد منها في المريض الواحد لكي ترجح كفة المصير في اتجاه او اخر.

مظاهر المصير الأفضل :

شخصية المريض:

شخصية المريض السابقة لحدوث المرض هي من أهم الدلالات على مصير المرض، فكلما كان المريض يتمتع بشخصية طبيعية ومتوازنة واجتماعية وخالية من الانطوائية، كلما كان المصير المرضي افضل.

حدة المرض:

كلما كانت اعراض المرض حادة وصاخبة وبدون مقدمات او توطئة طويلة، كلما كان المصير افضل.

أسباب المرض:

ارتباط ترسيب المرض بحادث او تجربة معينة وواضحة، وخاصة اذا كانت التجربة خارجة عن الفرد، وبشدة غير مألوفة بالنسبة للفرد وبالنسبة للغير، كالشدة على الرأس او الحمى او الاجراء الجراحي او الخسارة بالوفاة او الفشل والنكبات المادية والتغرب الى غير ذلك مما يعتبر شدة جسمية او نفسية تقع من الخارج على الفرد فكل هذه العوامل فيها دلالة افضل على الشفاء السريع وربما الكامل. وفي تقدير قيمة اي عامل ترسيبي للمرض يجب الاحتراز من الخطأ في التفريق بين ما هو سبب مرسب للمرض، وبين ما هو نتيجة للحالة المرضية، ففشل الفرد في قضية الزواج مثلا، قد يبدو بأنه المرسب للحالة المرضية، بينما قد يكون في واقع الامر نتيجة لقيام الحالة المرضية.

الوراثة المرضية:

هنالك من لايجد في الوراثة في حد ذاتها قيمة مصيرية للمرض، غير ان اغلب الملاحظات تشير الى ان عدم توفر تاريخ وراثي للمرض بصورة عامة، وفي القرابة الشديدة بصورة خاصة، فيه دلالة حسنة على مصير المرض وعلى الأقل فانه افضل دلالة من تلك الحالات التي يتوفر فيها عامل الوراثة.

عمر المريض:

كلما كان عمر المريض الذي يبدأ فيه المرض متأخرا كلما كان المصير افضل، وخاصة اذا وقع المرض لاول مرة بعد سن الخامسة والثلاثين، غير أن هنالك من لا يعتقد بوجود فعل مصيري لسن ابتداء المرض

في حد ذاته . ومنهم من يرى بأن الشيزوفرينيا التي تأتي متأخرة هي اقل حظا بالشفاء ، غير ان خبرتنا في الموضوع نؤيد الاستنتاج بأن الشيزوفرينيا في سن مبكرة غالبا ما تكون نذيرا بسوء المصير.

الهوايات والميول :

كلما كان المريض قبل المرض يمارس الهوايات المتعددة ، وخاصة تلك التي تؤدي الى التعامل مع الغير ، كلما كان حظه بالشفاء اعظم ، ومن ذلك ايضا تعدد الاصدقاء والمشاركة بالنشاطات الاجتماعية .

البنية والمزاج :

كلما كانت بنية المريض اكثر اتصافا بالجسامة (البنية الجسمية) واكثر ابتعادا عن البنية الناحلة ، كلما دل ذلك على مصير افضل ، خاصة اذا اتصف المريض بمزاج دوري (متقلب Cyclothymic) وبحرارة عاطفية مرتبطة بالأشياء والناس ارتباطا مباشرا وفعالا .

العمل والتكيف الاجتماعي :

كلما كانت دراسة المريض قبل مرضه دراسة جادة ومنتظمة وخالية من المشاكل ، وكلما كان عمله متواصلا ومجديا وبدون مشاكل ، وكلما كان تكيفه الاجتماعي اكثر اقترابا من الطبيعي والمألوف ، كلما كان في ذلك دلائل افضل عن المصير لمرضه .

الصلات العائلية :

الصلات العائلية التي لا تتسم بالعاطفية المرهقة تعطي مصيرا افضل للمريض ، وكذلك الجو العائلي الخالي من المشاكل والتعقيدات والتوترات .

الذكاء ومستوى التعليم :

ليس للذكاء او مستوى التعليم في حد ذاتهما تأثير على المصير المرضي ، غير ان الطموحات العالية التي يصعب تحقيها ، او التي لا تتناسب مع امكانيات الفرد ، فانها تقلل من الحظ بالشفاء ، كما ان الاستمرار في حث المريض على مواصلة الدراسة وخاصة في مستويات عالية وشاقة ، من شأنه أن يعيق الشفاء .

درجة شدة الحالة المرضية :

هنالك اعتقاد بأن الحالات الشديدة تنذر بمصير سيء للمرض وبأن الحالات الخفيفة تبشر بمصير افضل ، غير ان من الصعب التكهن بالمصير عن هذا السبيل ، فهنالك حالات شديدة انحسرت تماما ، وخاصة الحالات الحادة والطارئة ، بينما نجد أن ما يبدو حالة خفيفة من المرض قد تواصلت واستمرت وادت بالتالي الى حالة تدهور مزمنة .

التكرار :

ان انحسار النوبة المرضية بعد فترة قصيرة لا تتجاوز الستة شهور يبشر بمصير افضل ، ومعاودة النوبة

بعد ان يكون المريض قد شفي تماما من النوبة السابقة ، فيه دلالة على ان النوبة الجديدة ستنتهي بمصير مماثل ، غير ان هذا التفاؤل لا مبرر له اذا كان المريض قد ظل يعاني من بعض اعراض مرضه بين النوبتين ، أو اذا كانت الفترة الزمنية بين النوبتين فترة قصيرة . اما اذا جاءت النوبات متباعدة وتمتع المريض بحالة طبيعية بينها فان في ذلك دلالة حسنة .

الاعراض المرضية :

مع ان الأعراض المرضية من حيث العدد ودرجة الشدة لا تقرر المصير المرضي ، إلا أن هنالك بعض الأعراض والصور التي تفيد بدلالة عن مسيرة المرض وتطوره ومصيره ، ومن الأعراض والصور التي تعطي دلالات ايجابية هي :

١ ـ توفر شعور القلق في المريض ، وتوفر المشاكل العاطفية المرتبطة بصورة واضحة مع المرض .
٢ ـ الحالات المرضية التي تبدو انفعالية وترتبط فيها افكار المريض وسلوكه او عاطفته بالسبب المرسب للحالة المرضية .
٣ ـ ظهور المريض على صورة حالة حالمة او وعي مختلف .
٤ ـ الاوهام البارانوية ـ الشك
٥ ـ كلما كانت الصورة المرضية متباعدة عن السمات الكلاسيكية للمرض ، كلما كان المصير افضل .
٦ ـ كلما اتصفت الحالة المرضية بمظاهرة مزاجية من كآبة وهياج وخاصة الكآبة ، كلما كان المرض اكثر املا بالشفاء .

الصور المرضية :

بعض الصور التي يأتي عليها المرض قد يكون فيها دلالة على المصير النهائي للمرض ، غير ان مثل هذه الدلالة لا تصدق في الكثير من الأحيان ،خاصة وان الكثيرين من المرضى يظهرون على صورة مرضية مختلفة في ادوار متعاقبة من المسيرة المرضية ، ومن الصور المرضية التي تحمل بعض الدلالة عن المصير المرضي الافضل هي :

١ ـ حالات الكاتاتونيا ذات مصير افضل خاصة اذا كانت بداياتها حادة وعاصفة .
٢ ـ حالات الشيزوفرينيا الكآبية وهي التي تبرز فيها مظاهر الكآبة .
٣ ـ بعض حالات البارانويا .
٤ ـ الحالات المعروفة بشيزوفرينيا العصاب الكاذبة ، ذلك ان القلة منها تستمر في اتجاه مرضي شيزوفريني .
٥ ـ حالات الشيزوفرينيا التي تبدأ بشكل حاد والتي ترتبط بمسببات نفسية ، فهي على العموم تزول بسرعة ولا تخلف اثرا .
٦ ـ الحالات الشيزوفرينية الخفيفة والعابرة .
٧ ـ الحالات المعروفة ب (شبيهة الشيزوفرينيا)، او الشيزوفرينيا الكامنة ، او الحالات الحدودية ،

فهذه يمكن ان تظل على الحدود الفارقة بين الصحة والمرض وحتى بدون تدخل او علاج .

المصير الأسوأ للمرض :

ان جميع العوامل التي اشرنا اليها ، والتي قد تفيد بمصير افضل،اذا لم تتوفر او توفرت بصورة معاكسة ، فان في ذلك على الغالب دلالة سيئة عن مصير المرض ، وتجنبا لاعادة تصنيف هذه العوامل فانا نختصرها فيما يلي ، وهي في مجملها تعطي تشوفا غير ملائم للشفاء :

١) الحالة المرضية التي تبدأ على خلفية طويلة من اضطراب الشخصية وخاصة مظاهر الشخصية الانطوائية الشديدة (الشيزية) .

٢) المريض الذي كان يعاني من تخلخل واضح في مسيرته من حيث الدراسة والعمل والعلائق الاجتماعية والتكيف الاجتماعي .

٣) الحالة المرضية التي تبدأ ببطء ويتواصل نموها تدريجيا .

٤) عدم توفر عامل جسمي او نفسي يمكن اعتباره صدمة او شدة مرسبة للحالة المرضية .

٥) استمرار المرض بشكل متواصل وبدون انحسار معقول ومرور سنة او اكثر على هذا الحال .

٦) عدم او قلة الاستجابة للعلاج ، او الاستجابة المؤقتة .

٧) توالي الانتكاسات المرضية وبعد فترات قصيرة من الزمن وعدم ارتباط الانتكاسات بمواقف تكفي لتفسير هذه الانتكاسات .

٨) كلما بدت الحالة المرضية مرضاً شيزوفرينيا خالصاً (كلاسيكياً) كلما كان المصير أسوأ .

٩) خلو الانفعال المرضي من العنصر العاطفي او القلق لا يحمل مصيراً جيدا .

١٠) نكوص المريض الى ادوار طفولية سابقة في حياته النفسية فيه دلالة غير ملائمة .

١١) حالات الشيزوفرينيا البسيطة ، والهبفرينيا ، لا تحمل مصيراً حسنا .

١٢) ظهور حركات لا ارادية وتشنجية فيه دلالة نحو التدهور .

١٣) الصلات المحدودة مع المجتمع ومع الاصدقاء فيه دلالة عن مصير غير حسن .

١٤) وجود طموحات يتعذر تحقيقها او انها تزيد عن الواقع وامكانيات الفرد واستمرار تشبث المريض بها .

١٥) الوساوس المرضية المستديمة خاصة تلك التي تقترن بلوم الفرد لنفسه وتحميلها المسؤولية .

١٦) ضحالة الاستجابات للمواقف العاطفية او الجمود الكامل في هذه المواقف .

الخلاصة :

لعل افضل ما يمكن به تلخيص المصير المرضي للمريض بالشيزوفرينيا هو ان هذا المصير افضل اذا كانت بداية المرض حادة، وجاءت منذ البداية على اثر عامل مرسب خارجي وواضح وشديد، وعلى خلفية من الشخصية الطبيعية والمتكيفة على ظروف الدراسة والعمل والعلائق الاجتماعية، وعندما يكون المريض في ماضيه متمتعا بهوايات ونشاطات متعددة، ويواجه مشاكله بصورة واقعية. وبخلاف ذلك فان المسيرة البطيئة للمرض وعلى خلفية من الشخصية الشيزية، وخلو الحالة المرضية من عامل مرسب، وضحالة الردود العاطفية، وتواصل المرض بدون انحسار لمدة سنة او اكثر، كل هذه مؤشرات لمصير اسوأ في غالبية الحالات المرضية.

٣ ـ المصير النهائي للمريض بالشيزوفرينيا

عندما وصف وشخّص مرض الخرف المبكر ـ الشيزوفرينيا حاليا ـ قبل قرن من الزمن ، فان التسمية قد نوهت بأن مسيرة المرض ومصيره النهائي يتجهان بالضرورة نحو التدهور العقلي . وعلى سبيل المثال فان كربلاين صاحب مصطلح (الخرف المبكر) قد بين عام ١٩١٣ بأن ١٣ في المئة من مرضاه قد شفوا من النوبة الاولى للمرض ، وبان معظم هؤلاء قد عادوا وانتكسوا ثانية بالمرض ، وهذا الواقع قد جعل نسبة الشفاء الكامل والنهائي من المرض في حدود ٢ الى ٣ في المئة ، وهي نسبة لا تعطي املا كبيرا بالشفاء أو تفادي التدهور . ومنذ عهد كربلاين حدث بعض التغيير في المواصفات التشخيصية للمرض ، كما حدث تغيير جذري في الأساليب العلاجية ، وكان من شأن ذلك كله ان نسبة النجاح في تغيير مسيرة المرض ومصيره اصبحت اكثر تشجيعا مما كانت عليه في زمن كربلاين ، وتقدر الآن نسبة النجاح العلاجي بحوالي ٤ الى ٥ اضعاف ما كانت عليه في زمنه .

هنالك في الوقت الحاضر اختلاف وتفاوت كبير بين الأطباء والباحثين حول موضوع مسيرة المرض الشيزوفريني ومصيره ، وهذا يبدو واضحا من نتائج الأبحاث والدراسات التي قاموا بها ، وهذا التباين في النتائج يعكس الاختلاف القائم بينهم حول حدود المرض الشيزوفريني وما يدخل ضمن هذه الحدود من حالات مرضية ، كما يعكس مدى حماسهم للطرق العلاجية الحديثة وتطبيقاتها الفعلية ، كما أنه يمثل التفاوت بينهم في المدد الزمنية التي تابعوا فيها مرضاهم ، واخيرا الاختلاف بينهم فيما يتعلق بمفهوم الشفاء ودرجاته . ويتضح من متابعة الآراء والدراسات العديدة حول هذا الموضوع ان هنالك ثلاث وجهات نظر يتبناها العاملون والباحثون في هذا المجال من الامراض ، فوجهة النظر الاولى تأخذ بالرأي بأن المرض الشيزوفريني هو مرض دائم ، وبأن المريض بهذا المرض متى وقع فيه فسيظل شيزوفرينيا طوال حياته حتى ولو بدا ظاهريا بأنه قد شفي من مرضه ، وبان ما يبدو من شفاء ، إنما هو حالة عابرة ، ذلك أنه لا بد ان ينتكس بالمرض مرة اخرى اذا ما امتد أجله ، وهم يدللون على صحة رأيهم بان حوالي ربع المرضى يصابون بانتكاسة مرضية حتى بعد مرور ٢٠ الى ٤٠ سنة بعد ابلالهم الظاهري من المرض . ومن الواضح ان اصحاب هذا الرأي يتلاقون مع كربلاين في أسسه التشخيصية وفي تشوفه للمصير القاتم للمرض .

أما وجهة النظر الثانية ، فهي على عكس ذلك ترى في مسيرة المرض ومصيره ما هو اكثر تفاؤلا واشراقا ، وذلك بنتيجة الوسائل العلاجية الحديثة الدوائية والكهربائية والمحيطية ، وهم يعتمدون لدعم ذلك الاحصاءات التي تبين بأن نسبة المرضى الذين ينتكسون في خلال عام من بداية المرض

تقع الآن بين ١٠ و١٥ في المئة ، بينما كانت النسبة قبل استعمال العلاجات الحديثة تقع بين ٦٥ و٧٠ في المئة من المرضى ، كما ان نسبة المرضى الذين يشفون شفاء اجتماعيا قد زادت الان لتصبح ٤ الى ٥ مرات ما كانت عليه في مطلع هذا القرن والتي اقتصرت في ذلك الحين على ١٣ في المئة من المرضى فقط على اعظم تقدير . ومن الواضح أن الفئة التي تحمل هذا الرأي التفاؤلي تعتمد طرقا تشخيصية تمكن من ادخال عدد اكبر من المرضى ضمن حدود المرض الشيزوفريني ، مع انهم يعانون بالفعل من حالات مرضية مشابهة للمرض ، كما ان اصحاب هذا الرأي يسارعون في الحكم علَى المصير المرضي ولا ينتظرون المدة الزمنية الكافية لاعطاء مثل هذا الحكم . اما اصحاب وجهة النظر الثالثة ، فهم يقعون وسطا بين الفئتين المتطرفتين ، التشاؤمية السلبية ، والتفاؤلية الايجابية ، وخلاصة رأيهم هي ان الحالات التي تشفى تماما وبصورة دائمية لا تقع ضمن مواصفات الشيزوفرينيا الحقيقية ، وبان العلاج الحديث قد غير من مسيرة ومصير المريض الشيزوفريني ، غير انه لم يغير او يحول من التاريخ الطبيعي للمرض ، بمعنى ان المرض يظل قائما ، غير ان اعراض المرض تصبح اقل شدة بسبب العلاج ، والانتكاسات اقل احتمالا ، وهو الامر الذي يقلل من اتجاه المرض نحو التدهور ، كما يمكّن نسبة اعلى من المرضى من البقاء في المجتمع بدرجة أو أخرى من الفعالية الاجتماعية . ومع هذا التأثير الايجابي للعلاج الحديث على مسيرة المرض ، الا ان اصحاب هذا الرأي لا يعتقدون بان الوسائل العلاجية الحديثة مهما كان نوعها بانها قد غيرت بصورة ملحوظة من نسبة المرضى الذين يصيبهم الشفاء الكامل والنهائي من المرض ، وهي النسبة التي يضعونها في حدود ٦ في المئة من المرضى فقط .

احتمالات المسيرة والمصير للمرض :

اذا ما تأكد تشخيص المرض الشيزوفريني ، فان هنالك احتمالات معينة للمسيرة المرضية بما في ذلك المصير النهائي للمرض ، وهذه الاحتمالات يمكن تحديدها كما يلي : اولا : استقرار الحالة المرضية نحو الأزمان والتدهور وبدون ظهور فترة من الشفاء . ثانيا : شفاء المريض لفترة زمنية معينة ثم انتكاسه من جديد لمرة اخرى او اكثر . ثالثا : تحسن نسبي في وضع المريض ثم انتكاسته من جديد في وقت لاحق . رابعا : يظل المريض في حالة مرضية مزمنة وبدرجات متفاوتة من الشدة . خامسا : شفاء المريض شفاء اجتماعيا ، سادسا : الشفاء الكامل والنهائي من المرض . هذا ومن الجلي ان بعض هذه الاحتمالات يمكن تجزأتها الى احتمالات ثانوية ، مثال ذلك ان الشفاء الاجتماعي قد يقع في عدة درجات تتراوح بين اولئك الذين يستطيعون الحياة في المجتمع والذين يحتاجون الى رعاية وملاحظة وبين اولئك الذين يعيشون في المجتمع بفعالية اعتيادية لا تقل كثيرا عن فعاليتهم قبل اصابتهم بالمرض .

لقد اتجه الباحثون الى تقرير درجات الاحتمال الممكنة في ابحاث عديدة ، ونتائج هذه الابحاث تتباين في حدود واسعة لاسباب بيناها في بداية هذا الفصل واهمها عدم التوافق بين الباحثين فيما يتعلق بحدود المرض الشيزوفريني والحالات التي تقع ضمن هذه الحدود ، وبالطريقة العلاجية المفضلة وبمدى فترة المتابعة ، وبمفهوم مصطلح الشفاء . وفيما يلي خلاصة لما يعرف عن هذه الاحتمالات :

اولا/ استمرار الحالة المرضية نحو الإزمان والتدهور :

هذا الاحتمال يتحدد بالحالات الشيزوفرينية التي اذا اصيب صاحبها بالمرض لاول مرة فان الحالة تتواصل بالرغم من العلاج ، ولا يحدث فيها للمريض أي فترة من الشفاء ولو بدرجة ما ، ويتجه المريض بدلاً من ذلك وبدرجات مختلفة من التسارع نحو الإزمان وتدهور الشخصية . ان هذا الاحتمال المظلم للمرض يصيب عادة اولئك الذين يبدأ فيهم المرض في سن مبكرة ، وبصورة تدريجية وبتاريخ سابق من مظاهر الشخصية الشيزية ، والذين يحدث فيهم المرض بدون سبب مرسب واضح ، والذين يخلو مرضهم من انفعالات مزاجية خاصة الاكتئاب . لقد كان مثل هذا الاحتمال هو مصير معظم المرضى في زمن كربلاين وقبل اكتشاف الطرق الحديثة في العلاج ، غير ان هذا الاحتمال المصيري القاتم قد اصبح أقل ورودا الآن مما مضى ، فانخفضت نسبة حالات التدهور العقلي الى ما بين ١٠ و ١٥ في المئة من المجموع الكلي للمرضى ، وهي النسبة من بين المرضى الذين يقتضي ابقاؤهم في المستشفيات بصورة دائمية .

ثانيا/ شفاء المريض من النوبة الأولى ثم انتكاسه :

تفيد معظم الأبحاث بأن الانتكاسة المرضية هي الظاهرة الغالبة في المرضى الذين لا يتناولون العلاج أبدا ، او في الذين يتناولون علاجا صوريا (بلاسيبوا) ، أو ا لذين يتوقفون عن استعمال الدواء حال انتهاء النوبة الاولى ولا يواصلون علاج الادامة . وتبلغ نسبة احتمال انتكاسة هذه الفئة في السنة الاولى للمرض بحوالي ٦٠ في المئة ، وترتفع لتبلغ ٧٠ في المئة او اكثر بعد مرور سنتين على ابتداء المرض ، اما باستعمال الدواء الحديث والاستمرار بعلاج الادامة خلال السنة الاولى من المرض ، فان الانتكاسات المرضية تقع بمعدل ١٠ـ١٥ في المئة من الحالات في السنة الاولى وترتفع نسبة احتمال الانتكاسة بعد سنتين من العلاج لتبلغ ما معدله ٣٧ في المئة من المرض ، وذلك مقابل ٨٤ في المئة من المرضى الذين لا يتناولون علاج الأدامة الدوائي . ومن نتائج الابحاث في هذا الموضوع ، ان الانتكاسات كلما كانت متقاربة ، وكلما كان شفاء المريض من النوبة أقل وضوحا وكلما قلت السيطرة على تناول المريض للدواء ، وكلما امتد أمد المرض ، كلما كانت امكانية الانتكاسة اعظم ، وكلما قلت امكانية السيطرة عليها بالعلاج . ومن الحقائق التي يجب ان تؤخذ بعين الاعتبار هي انه كلما طال زمن الشفاء من النوبة الأولى ، خاصة اذا كان ذلك بدون تناول للدواء ، فان امكانية الانكاسة تصبح اقل احتمالا بكثير، غير ان ذلك لا ينفي احتمال انتكاسة مرضية حتى بعد مرور عشرة أو عشرين او اربعين سنة من الاصابة الاولى .

ثالثا/ تحسن نسبي في المريض ثم الانتكاسة :

مثل هذا الاحتمال يقع في الكثيرين من المرضى ممن يصيبهم بعض الشفاء او التحسن في اعراضهم المرضية ولكن بالحدود التي لا تمكنهم من مواصلة اعمالهم ونشاطهم بصورة كافية ، فمثل هؤلاء المرضى ، خاصة اذا كان هذا حالهم بعد مرور سنة على بداية مرضهم وبالرغم مما يتناولونه من علاج ، فان انتكاستهم المرضية تصبح اكثر احتمالا ، كما أن هذه الانتكاسة تتوالى على خلفية مرضية دائمية مما يدفع بهم بالنهاية الى حالة من الازمان عاجلا او آجلا :

رابعا/ بقاء المريض بصورة مرضية مزمنة :

هنالك فئة من المرضى تتجه نحو الأزمان المرضي سواء كان ذلك مع العلاج او بدونه ، وسواء جاء الازمان استمرارا للنوبة المرضية الاولى ، او بنتيجة توالي الانتكاسات المرضية ، وتقدر نسبة المرضى الذين يتجهون نحو الأزمان المرضي بدرجة او اخرى من المرض بحوالي ٨٠ في المئة من المرضى على الاقل ، وهؤلاء ينقسمون الى صنفين ، الصنف الاول ، وهم الاكثرية ، والذين بالرغم من ازمان مرضهم الا انهم يحصلون على درجة من الشفاء الذي يصطلح عليه بالشفاء الاجتماعي . والصنف الثاني وهم اولئك الذين يكون ازمان المرض فيهم من الدرجة الشديدة والتي تصل الى حد التدهور العقلي ، وهم الأقلية من المرضى .

خامسا/ احتمال الشفاء الاجتماعي :

الاغلبية العظمى من المرضى بالشيزوفرينيا ، خاصة اولئك الذين يواظبون على العلاج خلال السنوات الأربع او الخمس الأولى من مرضهم ، يحصلون على درجة من الشفاء يعبر عنها بالشفاء الاجتماعي ، وهو مصطلح يفيد بأن المريض يستطيع العودة الى الحياة بالمجتمع وممارسة العمل والنشاط وان كان ذلك بفعالية اقل . والمريض من هذه الفئة يظل يعاني من درجة من درجات المرض ، ومن نقص في الشخصية غير انه يستطيع تدبير أموره بنفسه والقيام بالعمل ، وان كان ذلك بمستوى أقل وبمجال اضيق مما كان عليه قبل قيام المرض . وتقدر نسبة المرضى من هذه الفئة بثلاثة أرباع المجموع الكلي لمرض الشيزوفرينيا ، وتزيد نسبتهم على ذلك اذا أدخلنا ضمنهم فئة المرضى المزمنين الذين يظلون مقعدين وفي حاجة الى الاستمرار على تعاطي الدواء ممن يمكن اخراجهم من المستشفيات مع ابقائهم تحت الرعاية والملاحظة المستمرة، ونسبة هؤلاء تقع بين ١٥- ٢٠ في المئة من المرض . وهنالك نسبة مماثلة لهم ممن تستوجب حالتهم المرضية المزمنة والمتدهورة الى ابقائهم في المستشفيات تحت العناية والرعاية والملاحظة المستمرة ، وهؤلاء هم المرضى الذين اشرنا اليهم في الفقرة الأولى من الاحتمالات .

سادسا/ الشفاء التام والنهائي :

يبدو هذا النوع من الشفاء هو أكثر امكانية في هذا العصر مما كان عليه الحال في الماضي ، وهناك اختلاف بين الباحثين حول صحة هذا الافتراض ، كما ان هنالك اختلافا مماثلاً حول تفسير هذه الظاهرة ان صح وجودها . ففي هذا الأمر ، هنالك من يعطي أملاً بالشفاء الدائم من المرض لا يتجاوز حدود ٦ الى ٨ في المئة على أحسن تقدير ، ومن يؤكد بأن وسائل العلاج الحديثة لم تزد كثيرا لهذه النسبة الضئيلة من الشفاء ، وهنالك كما بينا في مطلع هذا الفصل من ينفي أن الشفاء من المرض يمكن أن يكون ثابتا ونهائيا ، والزمن في هؤلاء مهما طال فانه لا بد له أن يعيد المرض مرة أخرى ، وهكذا في نظرهم ، فان الشفاء هو شفاء ظاهري فقط للأعراض المرضية وليس للمريض ، تماما كما هو الحال في مرض التدرن أو مرض الديزنتري . أما الجدل الثاني فهو في أمر تفسير ظاهرة الزيادة المعاصرة في نسبة الشفاء واذا كان ذلك يعود لفضل وسائل العلاج الحديثة ، أو أنه يعتمد على رعاية المرضى والعناية بهم ، او أن هذه الزيادة هي مجرد ظاهرة مضللة قد نشأت بسبب ادخال اعداد كبيرة من المرضى ضمن من يشخصون بالمرض

الشيزوفريني ، مما يؤدي الى شفاء تام وكلي لنسبة غير قليلة من هؤلاء مما يمكن ان يزيد كثيرا في نسبة الشفاء الكلي والدائم من مرض الشيزوفرينيا .

ان الوصول الى تقرير مدى احتمال الشفاء الكلي والدائم من المرض الشيزوفريني يتطلب توافر عناصر هامة يصعب تحقيقها حتى الآن، ومن هذه الحاجة الى وضع مواصفات تشخيصية دقيقة وموثوقة لتشخيص قيام المرض، واتباع طرق علاجية موحدة، ومتابعة المرض لمدد طويلة من الزمن، والى أن يكون كل ذلك ممكنا، فان لنا ان نتوقع نتائج متفاوتة من الباحثين في هذا الموضوع .

دراسات مختلفة عن مصير المرض :

هنالك دراسات عديدة في موضوع مصير المرضى الذين يصابون بالمرض الشيزوفريني ، ومع التباين في نتائج هذه الدراسات ، الا ان الحصيلة الاجمالية لها لا تختلف عما بيناه في الفقرات السابقة عن احتمالات مسيرة المرض ومصيره النهائي ، ومع ذلك قد يكون من المفيد ايراد ملخص لبعض هذه الدراسات ومنها ما تم على المرضى قبل عهد الوسائل العلاجية الحديثة وبعضها الاخر قد تم خلال فترة عهد هذه الوسائل العلاجية .

قبل عهد العلاج الحديث

١ ـ دراسة ماير جروس Meyer Gross (١٩٣٢) :

تشمل هذه الدراسة ٢٦٠ مريضا بالشيزوفرينيا ، ممن لم تتح لهم فرصة العلاج بالوسائل العلاجية الحديثة . وقد تابع الباحث مسيرة هؤلاء المرضى لمدة ستة عشر عاما منذ اصابتهم بالمرض لأول مرة سنة ١٩١٣ . وفي نهاية مدة المتابعة ، تبين من الدراسة بأن :

١) ٣٥ في المئة من المرضى قد اصابهم الشفاء الاجتماعي .

٢) ٥ في المئة اصبحوا في حالة أشد من المرض ، غير انه كان بالامكان ا خراجهم من المستشفيات والعيش في المجتمع .

٣) ٦٠ في المئة من المرضى ظلوا في المستشفيات بصورة دائمية ، او توفوا فيها .

وفي دراسات اخرى قام بها آخرون وامتدت المتابعة فيها من سنة الى عشرين سنة بعد ابتداء المرض ، تراوحت نسبة الشفاء الكامل بين المرضى من ٦ الى ٥٦ في المئة ، ويعزى هذا التفاوت الكبير في نسبة الشفاء في هذه الدراسات المختلفة الى اختلاف طول مدة المتابعة بين دراسة واخرى، والى الفروق بين الباحثين في تعريف مصطلح الشفاء الكامل ، والى الاختلاف بينهم في قواعد التشخيص المتبعة ، والى نوعية الحالات المرضية التي تشملها الدراسات المختلفة ، ذلك ان الحالات الشيزوفرينية الحادة لها حظ اعظم بكثير من الشفاء الكامل والسريع والدائم من الحالات الشيزوفرينية التي تأتي ببطء تدريجي .

عهد العلاج الحديث (الغيبوبة الانسلونية والصدمة الكهربائية) :

في دراسة تمت في مستشفى مودزلي في لندن على مجموعة من المرضى ادخلوا للعلاج بين سنة ١٩٤٥ وسنة ١٩٥٠ ، والذين تمت متابعتهم لمدة ٥ سنوات (هاريس) تبين ما يلي :-

(١) ٤٥ في المئة اصابهم شفاء اجتماعي .

(٢) ٢١ في المئة خرجوا من المستشفى مع انهم ظلوا يعانون من حالة عجز اجتماعي دائم .

في دراسة قام بها مانفرد بلولر على ٢٠٨ من المرضى تمت ملاحظتهم لمدة ٢٢ سنة (سنة ١٩٤٢ الى سنة ١٩٦٤) أفاد الباحث بالنتائج التالية :

١/٤ المرضى ظلوا في المستشفيات .
٣/٤ المرضى ظلوا في المجتمع .

ومن الربع الذين ظلوا في المستشفيات ، فان عشرة في المئة (من المجموع الكلي) : اصابهم التدهور وظلوا في المستشفيات بصورة دائمية ، بينما ١٥ في المئة من (المجموع الكلي) كانت اقامتهم في المستشفيات مؤقتة .

وقد لاحظ مانفرد ايضا بأن اكثر من واحد من كل اربعة من المرضى قد اصابتهم نوبة عابرة من الانفعال الشيزوفريني الحاد حتى بعد ٢٠ الى ٤٠ سنة من بداية مرضهم .

عهد العلاج الحديث (باستعمال العقاقير المعقلة) :

في دراسة اجراها براون ، على ١١١ مريضا شيزوفرينيا ادخلوا المستشفى (١٩٦٦)، والذين عولجوا بالعقاقير المعقلة الحديثة وتمت متابعتهم لمدة ٥ سنوات بينت الدراسة ما يلي :

٥٦ في المئة من المرضى حصلوا على شفاء اجتماعي .
٣٣ في المئة ظلوا يعانون من عجز اجتماعي غير انهم ظلوا في المجتمع .
١١ في المئة ظلوا في المستشفى بصورة دائمية .

في دراسة قام بها كلّ من مولكانوفا وستنبرج Molchanova (١٩٧٢) أفاد الباحثان بأنهما سجلا حدوث انتكاسات مرضية في ٦٢ فرداً من مجموعة المرضى حتى بعد مرور ٢٠ سنة او يزيد على شفائهم الظاهري من المرض .

خلاصة مجموعة من الدراسات :

لقد تمت المقارنة بين نتائج عدد من الدراسات على مجموعات من المرضى ممن عولجوا قبل سنة ١٩٦٠ ، وذلك قبل عهد العلاج العقاقيري وعددهم ١٥٤٤ مريضاً ، وبين عدد اخر من الدراسات على مجموعات من المرضى عولجوا بالوسائل العقاقيرية الحديثة بعد سنة ١٩٦٠ ، وعدد هؤلاء المرضى ٧٨١ ، وقد تمت المتابعة في هذه الدراسات من ٢ الى ٢٠ سنة او حتى الوفاة ، وقد تبين من مقارنة هاتين

المجموعتين من الدراسات النتائج التالية :ـ

مجموعة الفترة السابقة لسنة ١٩٦٠

٤٠ في المئة شفاء اجتماعي

١٥,٥ في المئة اخرجوا من المستشفى مع وجود اعراض مرضية او بسبب الموت

٤٤,٤ ظلوا في المستشفيات

مجموعة الفترة التالية لسنة ١٩٦٠

٥٥ في المئة شفاء اجتماعي

٣٢ في المئة اخرجوا من المستشفى باعراض مرضية او بسبب الموت

١٢ في المئة ظلوا في المستشفيات

ومن هذه المقارنة تتبين النتائج التالية :

١ ـ ان عددا اكبر من المرضى قد اصابهم الشفاء الاجتماعي بفضل العلاج الدوائي .

٢ ـ ان عددا اكبر من المرضى (يزيد على الضعف) قد امكن اخراجهم ايضا من المستشفيات مع وجود اعراض مرضية عندهم نتيجة استعمال الدواء.

٣ ـ ان عددا اقل من المرضى قد اقتضي بقاؤهم بصورة دائمية في المستشفيات بفضل العلاج الدوائي ـ (ربع العدد الذي كان متوقعا في الفترة السابقة لاستعمال الدواء الحديث) .

والحقيقة الهامة التي تتمخض عن جميع هذه الدراسات هي خلوها تقريبا من الاشارة الى حالة الشفاء الكامل والدائمي ، وهذا يؤكد أن مسألة الشفاء من المرض الشيزوفريني هي مسألة درجة ، وبأن المرض قد يعود للمريض حتى بعد شفائه الكامل من المرض لمدة سنوات طويلة . غير ان هذا لا ينفي ان بعض الحالات الشيزوفرينية ، ونسبتها ضئيلة من بين المرضى ، قد يكون شفاؤها تاما ونهائيا . وهذه الفئة التي تشفى من المرضى لم تزد نسبتها بصورة ملحوظة بالرغم من جميع الوسائل الحديثة من العلاج ، مما لا بد ان يقيم القاعدة بأن المريض الذي يملك من طبيعة مرضه امكانية الشفاء الدائمي ، فانه سيحصل على ذلك سواء بالعلاج او بدونه ، وبأن المريض الذي لا يحمل هذه الامكانية في شخصيته وطبيعة مرضه فان ما من وسيلة علاجية معروفة تستطيع ضمان الشفاء له ، وكل ما يمكن فعله في هذه الحالة هو التقليل من الأعراض المرضية وشدتها والتخفيف من عملية التدهور في شخصيته وعقله ، وهذه النتائج تبرر ايضا الرأي بأن العلاجات المستعملة حتى الآن لا تشفى من المرض ، وانما يتحدد فعلها في ازالة اعراض المرض او التخفيف منها ، اما المرض ذاته فيظل مستوطناً في المريض ، ويمكن أن يظهر من جديد وبالرغم من أي محاولة علاجية .

٤ ـ الخلاصة

هنالك صعوبات عديدة تحول دون التمكن من اعطاء تشوف صادق للمصير النهائي لمرض الشيزوفرينيا ، سواء كان ذلك في المريض الواحد ، او في المرض الشيزوفريني بصورة عامة . ولعل من أهم هذه الصعوبات هي ان هذا المصير النهائي يتقرر بعوامل غير متطورة وغير معروفة حتى الآن ، وانما تكمن في المريض ومرضه ، ولا سبيل لذلك الى كشفها ومعرفتها الا مع مرور الزمن والذي قد يمتد بالضرورة الى المدى الزمني الكامل لحياة المريض . فشفاء المريض من حالته المرضية مهما كان كاملا ، ومهما كان طويل الأمد ، فانه لا يمكن ان يستبعد بصورة قاطعة امكانية عودة المرض في وقت ما ، وقد دونت حالات مرضية كثيرة اصيب فيها المريض بالشيزوفرينيا في صغره ، وشفي ظاهريا بصورة كاملة ، ثم عاد المرض اليه وهو في سن متأخر من الكبر ، وهو الأمر الذي دفع بعض الاخصائيين الى اعتناق الرأي بأن المرضى بالشيزوفرينيا مرض دائم ، بمعنى انه لا يشفي بصورة نهائية ، حتى ولو شفي المريض بصورة كاملة في الظاهر ولمدة طويلة من الزمن وبأنه اذا ما شفي تماماً وظل على حالة من الشفاء طوال حياته فإن مرضه لم يكن شيزوفرينيا .

والصعوبة الثانية الهامة ، تنجم عن عدم الاتفاق بين الاخصائيين حتى الآن على قواعد تشخيصية ثابتة تطبق على جميع من تشتبه اصابتهم بالمرض الشيزوفريني ، والافتقار الى مثل هذه القواعد التشخيصية قد ادى الى فروق واضحة في التشخيص ، فاستبعدت بعض حالات مرضية قد تكون شيزوفرينية في الواقع ، بينما ادخلت حالات مرضية غير شيزوفرينية في عداد المرضى ممن ليسوا شيزوفرينيين ، وبسبب هذا التفاوت وفقدان التوافق في التشخيص ، فقد بات من الصعب الاعتماد كليا على ما تفيد به الأبحاث المختلفة عن المصير النهائي للمرض .

والصعوبة الثالثة ، هي صعوبة زمنية ، فاعطاء مصير نهائي لحالة مرضية كالشيزوفرينيا ، تتطلب الانتظار والمتابعة لمدة طويلة منذ اصابة المريض ، وهذه المتابعة تبدأ عادة في دور المراهقة والشباب ، وتتواصل حتى نهاية العمر والذي قد يتجاوز السبعين والثمانين ، ورصد مثل هذه المدة الزمنية يتعذر على جميع المختصين ، والذين لا يمكن ان يتجاوز عمرهم المهني هذه الحدود الزمنية ، غير ان مثل هذا الرصد قد يصبح ممكنا في المستقبل مع توفر قيود المتابعة الطبية للمرض من جيل الى جيل .

والصعوبة الرابعة تكمن في مفهومنا لمصطلح الشفاء الكامل والمستديم ، وهذا المفهوم يستعمل

عادة لوصف الحالات التي تصاب بالمرض ثم تزول الاعراض كليا ويعود بعدها المريض الى حالته الطبيعية الاعتيادية ، وبدون حدوث اي انتكاسة مرضية . غير ان هذا المفهوم هو مفهوم محدود ، فالأعراض المرضية قد تزول في الظاهر ويبدو الفرد طبيعيا كما كان ، غير ان هذا لا يفيد بشيء عما قد خفي من الأحاسيس والأفكار والخيالات التي يداعبها المريض في داخله ولا يفضي بها لأحد ، او يبدو منها شيء في الظاهر ، كما ان هنالك بعض المظاهر السلوكية التي يمكن ان تنم عن بقايا الاضطراب العقلي والتي لا يفطن اليها أحد بسبب اهمال الملاحظة او انعدام دقتها ، او بسبب مقدرة المريض على تغطيتها او تبريرها بما يبدو منطقيا او معقولا من التبريرات والتفاسير . والى ان يمكن التغلب على جميع هذه العقبات من التشخيص والمتابعة ، فسيظل البت في موضوع المصير النهائي لمرض الشيزوفرينيا امرا متعذرا .

القسم التاسع

القانون والشيزوفرينيا

١ ـ تمهيد
٢ ـ المسؤولية الجنائية
قضية جيمس هاتفيلد
احكام مكنوطن
قضية ديرهام
توصيات المعهد الامريكي للقانون
العجز عن الدفاع عن النفس
التصرف بالمريض بعد المحاكمة

٣ ـ الجدارة والحقوق المدنية
الاهلية العامة
الزواج والمرض
(الأهلية للزواج، المرض والانجاب، الطلاق والمرض، حضانة الأولاد)
الحق بالتعويض
الاهلية للعمل والوظيفة
حق التوصية
الاهلية لحمل السلاح
الاهلية للخدمة العسكرية
الاهلية لاعطاء الشهادة
اهلية المريض للتعاقد
نصب قيم على المريض
حق المريض في العلاج

١ ـ تمهيد

منذ اقدم العصور وهنالك مواقف خاصة من المريض العقلي، وهي المواقف التي اتخذت كأساس لتقرير مسؤولية المريض العقلي عن الاعمال التي يقوم بها وتحديد جدارته واهليته لممارسة ما يمارسه غيره من الناس الاصحاء في عقولهم. ولم تكن هذه المواقف متماثلة في جميع العصور الحضارية او في جميع المجتمعات بل انها كانت تتفاوت تبعا لمفهوم المرض العقلي وعلاقة المريض بما اصابه من مرض. ففي المجتمعات البدائية القديمة وما يماثلها من مجتمعات بدائية معاصرة، اعتبر المرض العقلي من فعل قوى فوق ما هو طبيعي من خيرة او شريرة، وهكذا فان من وقع عليه هذا الفعل، فانه غير مسؤول عن مرضه، وان كل ما يناله من عقاب او تحديد او تمجيد موجه بالفعل نحو القوة التي سيطرت عليه. وهو لذلك لا يعدو كونه مضيفا لها او محتلا منها. وفي حضارات اخرى ومنها التوراتيه القديمة وبعض حضارات بدائية اخرى، فقد اعتبر المرض في حد ذاته عقابا لصاحبه وقد ورد في نصوص توراتية قديمة بان من اصيب بعقله فانه يقتضي رجمه حتى الموت ولعلهم بذلك كانوا يرجمون المريض والشيطان في آن واحد. واذا كان عقاب المريض على مجرد اصابته بالمرض بمثل هذه القسوة فان مسؤوليته عن جناياته وتجاوزاته على القانون لا بد انها كانت اكثر شدة وقسوة. ولم يكن هنالك مجال لتبريرها.

ان من المتعذر تحديد الفترة الزمنية التي وضعت فيها القوانين لتنظيم السلوك الانساني وتعيين مسؤوليته عن التجاوزات على حدود القانون. ومع ان قانون حمورابي يعتبر اول قانون متكامل وصلنا من الحضارات القديمة الا ان هنالك ما يبرر الاعتقاد بان هذاالقانون قد تضمن نصوصا قانونية عرفت من قبل حمورابي في العهد السومري، وهنالك في الواقع نصوص اخرى قانونية متفرقة وصلتنا من عصور سابقة لحمورابي. اما فيما يتعلق بالجريمة والمرض العقلي ومسؤولية المريض عنها، فلا توجد هنالك نصوص صريحة في هذا القانون او غيره من القوانين في تلك الفترة الزمنية ولعل المبرر لهذا الاغفال يعود الى طبيعة المرض العقلي واسبابه في نظر الناس في تلك العصور، فالمرض اعتبر حدثا تقرر بارادة قوة خارقة عليا. ولهذا فان التدخل في امر المريض يعود الى الهيئة الدينية فقط، اي الكهنة، وحتى هؤلاء لم يسمح لهم بتعدي حدود معينة في هذا العلاج لما في ذلك من تجاوز على ارادة هذه القوى العليا وبهذا فان المريض قد اكتسب بسبب مرضه حصانة تمنع التعرض له، كما يمكن الافتراض بان جرائمه قد عوملت على اسس مماثلة من الحصانة وعدم المسؤولية.

في الحضارة الاغريقية وخاصة في عهد افلاطون نظر الى الاصابة بالمرض العقلي على عدة مستويات وصنف الجنون الى اربعة اصناف: جنون النبوة، وجنون الشعائر، والجنون الشعري، وجنون الشهوة، فالجنون الأول هو جنون نخبة من الناس وهو جنون عابر يعطي صاحبه حالة من الغيبوبة والوحي اما الجنون الثاني، جنون الشعائر فيمثل التحرر من الحاجات الغريزية، ولا يمكن الوصول اليه عن طريق المشاركة بالطقوس الدينية (الكوريبانتينية) والجنون الثالث، جنون الشعر، فهو ناجم عن تملك الفرد بربات الشعر Muses، وهو حالة من الايحاء انعمت بها الالهة على الشاعر لتسهيل عملية الخلق الشعري. اما الجنون الرابع، وهو جنون الشهوة الجنسية فقد ارتبط بالحب الانساني، ومن الواضح ان جميع هذه الاصناف من الجنون كانت تحظى بالتقدير والتكريم، ولا يقع على المصاب بها اي مسؤولية او عقاب. اما انواع الاضطراب العقلي التي خصت بالعقاب، فهي حالات السلوك المنحرف والتي تشبه السلوك السايكوباثي في المفهوم المعاصر، وفي مثل هذه الحالات فان القاضي كان يحكم بادخال المتهم الى بيت اصلاحي لمدة لا تقل عن ٥ سنوات فاذا لم يصطلح امره في نهاية هذه المدة فقد كان يعدم .اما المعتوهون، وهم الذين لا يحملون صفة من صفات الجنون الاربعة التي ذكرناها فقد وجب على اهلهم المحافظة عليهم في البيوت، وحجبهم عن الناس في الشوارع كما توجب على اهليهم رعايتهم وفرضت العقوبات الشديدة على ولي الامر الذي يتخلف عن هذه الرعاية.

وفي الحضارة الرومانية فقد ورد في (الجداول الاثنى عشرة) (٤٥١-٥٠ ق.م) بان المرضى في عقولهم يحرمون من حرية التصرف وقضى بانهم غير جديرين بالسيطرة على شؤونهم واعمالهم الشخصية. كما ان المتهيجين منهم وضعوا تحت رعاية اهلهم او اقاربهم،وفي اواخر الحضارة الرومانية وضع القانون المدني والذي عين الحالات العقلية المتخلفة من جنون وسكر وغيرها والتي اذا ما وجدت في المتهم عند ارتكابه الجريمة فان من الممكن لها ان تكون عوامل مخففة للمسؤولية. غير ان تقرير وجود الاضطراب العقلي وضع في يد القضاة لا في يد الاطباء. وفي حالة قناعة القاضي بوجود المرض العقلي او السلوك السايكوباثي، فان القاضي كان يقضي بحجر المريض في رعاية احد اقاربه او اولياء امره. وقد احتوى ذلك القانون على مواد قانونية تحدد اهلية المريض العقلي للدخول في عقد الزواج او الطلاق والتصرف بممتلكاته والادلاء بشهادة او افادة امام المحكمة. وقد وجد هذا القانون اثره في تشريع الكثير من القوانين التي تلته خاصة في الحضارات الغربية وحتى زمن غير بعيد.

٢ ـ المسؤولية الجنائية

١) قضية جيمس هاتفيلد:

لعل من اهم القضايا المتعلقة بالمرض والمسؤولية الجنائية هي قضية جيمس هاتفيلد (١٨٠٠) والتي يمكن اعتبارها مقدمة لاجتهادات قانونية وطبية لاحقة،والقضية تتعلق بالمدعو جيمس هاتفيلد والذي اتهم باطلاقه النار على الملك جورج الثالث. واثناء المحاكمة اثيرت مسألة اصابة المتهم بالعته ومدى مسؤوليته عن ارتكاب الجريمة،وبين المدعي العام في مرافعته امام المحكمة موجها كلامه لهيئة المحلفين بانه يجب ان يكون هنالك حرمان كامل من الذاكرة والفهم، لكي يحمي ذلك المتهم من المسؤولية عن ارتكاب جريمته، واجاب محامي الدفاع عن المتهم والذي عينته المحكمة لهذا الغرض بقوله بان مواصفات المدعي العام اذا

ما اخذت بمعناها الحرفي «فان ما من جنون كهذا له وجود في العالم» وخلاصة قضية هاتفيلد، هو ما ادعاه المتهم من انه لم ينوِ ايذاء الملك وكل ما في الامر انه ادرك بان الله كان على وشك ان يدمر الكون وبانه شعر بان الوسيلة الوحيدة لانقاذ العالم هي في ان يضحي بنفسه ولذلك فقد قام بمحاولة التعدي على الملك لكي يوقفوه ويعدموه. وفي نهاية المحاكمة خاطب القاضي هيئة المحلفين بالتوجيه التالي: «اذا كان الفرد في حالة عقلية مختلة عند ارتكاب الجريمة فهو غير مسؤول جنائيا عن عمله». وقد وجدت الهيئة هاتفيلد مختلا في عقله، وبانه لذلك غير مسؤول عن جريمته، وبرأت المحكمة المتهم طبقا لذلك. ويتضح من نص التوجيه الذي قاله القاضي، بساطته وخلوه من التعقيدات التي يصعب تجاوزها في احكام تالية واهمها احكام مكنوطن.

٢) احكام مكنوطن:

محاكمة دانيال مكنوطن المتهم بجريمة القتل (١٨٤٣)، وما تمخض عن هذه المحاكمة من احكام بصدد المسؤولية الجنائية يعتبر معلما هاما في تاريخ القضاء في انجلترا بصفة خاصة وفي الكثير من البلدان الاخرى التي اتخذت من هذه الاحكام قاعدة لتصريف القضايا المتعلقة بالجريمة في حالة الدفع بعدم المسؤولية بسبب المرض العقلي. وتتلخص قضية مكنوطن وهو رجل اسكتلندي، بانه قرر قتل رئيس الوزراء في بريطانيا السر روبرت بيل، ولكنه اشتبه خطأ وقتل سكرتيره ادورد درموند بدلا منه وادعى مكنوطن عند استجوابه بانه كان مضطهدا وملاحقا من حزب المحافظين الذي ينتمي اليه رئيس الوزراء وورد في افادته القول:

«المحافظون يلاحقونني ويضطهدونني اينما ذهبت وهم قد دمروا كليا هدوء عقلي.. انهم يفعلون كل شيء في طاقاتهم لازعاجي واضطهادي وفي الواقع فانهم يرغبون في قتلي».

ولهذا فقد قرر اتخاذ الاجراء المناسب بحقهم بقتله رئيس الوزراء المحافظ. وبناء على طلب الدفاع فقد عرض مكنوطن على لجنة طبية من تسع اطباء والذين قرروا بالاجماع بان المتهم معتوه العقل. وطبقا للقانون فقد وجه القاضي المحلفين بمضمون هذا القرار وبالتالي قرر المحلفون بالاجماع بان المتهم غير مذنب بسبب الجنون.

ان هذا القرار على اهميته الا انه لم يكن نهاية الموضوع وانما بدايته فمع ان القرار شهد بجنون المتهم وتم حجز المتهم لمدة ٢٢ عاما في مستشفى للامراض العقلية الا ان القرار اثار ضجة على نطاق واسع. فالبرلمان انتقد القرار والملكة فكتوريا طلبت ايضاحا بشأنه كما طلبت التشديد في موضوع المسؤولية الجنائية. واثار الموضوع اهتمام الرأي العام بشكل مثير. وأدى كل ذلك الى تأليف لجنة قضائية ملكية تتألف من ١٥ قاضيا لاستطلاع ارائهم في الموقف القانوني ازاء القضايا المماثلة، وبنتيجة مداولات ونقاشات اللجنة فقد تم وضع مجموعة من الأحكام القضائية التي سميت فيما بعد باحكام مكنوطن، واهم هذه الاحكام النص التالي:

«انه يجب في جميع الحالات تبليغ المحلفين بان كل انسان يفترض بانه عاقل وبانه يملك درجة كافية من الحكمة، لكي يكون مسؤولا عن جرائمه»والى ان يبرهن لهم على عكس ذلك وبدرجة مقبولة، وبأنه

لكي يبني الدفاع على أساس العته ، فانه يجب الاثبات بوضوح بانه في الوقت الذي ارتكبت فيه الجريمة فان الطرف المتهم كان يعاني من نقص في الحكمة بسبب مرض في العقل بحيث انه لم يكن يعلم طبيعة ونوعية الفعل الذي كان يقوم به ، او انه لو كان يعلم ، فانه لم يكن يعلم بان الذي كان يفعله خطأ» .

وخلاصة هذه الاحكام ان المتهم اذا كان عند ارتكابه الجريمة اما لم يكن يعلم بطبيعة ونوعية العمل الذي ارتكبه او انه لم يكن يعلم بانه خطأ ، فانه يعتبر غير مسؤول ذلك لانه في مثل هذه الحالة غير قادر على مداعبة فكر او قصد اجرامي .

ومنذ اعطاء هذه الاحكام والقضاء في انكلترا يعمل بمقتضاها كاساس للبت في قضايا المسؤولية الجنائية في حالة المرض العقلي. على انه منذ وضع هذه الاحكام وحتى الان فان هنالك جدلا حول هذه الاحكام وصعوبة تفسيرها وتطبيقها عمليا،ومن اهم هذه الصعوبات تعذر اثبات الحالة العقلية للمتهم عند ارتكاب الجريمة ، فالحالة العقلية قد لا تكون واضحة او ظاهرة ثم انها يمكن ان تتغير بين حين وآخر كما ان الشهود قد لا يتوفرون او لا تتوفر لهم الخبرة الكافية للحكم على الحاله العقلية للمريض. والصعوبة الاخرى تتعلق بتفسير المصطلحات الواردة في هذه الاحكام وهي «طبيعة ونوعية ، وبأنه خطأ». فجميع هذه المصطلحات ذات قيم معنوية ولا تتضمن اثباتات مادية في اتجاه او آخر. وكتدليل على صعوبة تطبيق هذه الاحكام ما علق به احد القانونيين بان التطبيق الحرفي لهذه الاحكام لم يكن له ان يبرىء ساحة المتهم مكنوطن نفسه ، لانه سيكون متعذرا على الدفاع ملاقاة الشروط التي وردت في الاحكام بصورة كاملة ومع ما في هذه الاحكام من صعوبات تطبيقية ، فانها ما زالت تمثل روح الاحكام القانونية في الكثير من البلدان. ففي امريكا مثلا ما زالت نصف الولايات تعمل بها والنصف الثاني يستند الى بعض قواعدها،وفي بلادنا ما زال القضاء يضع شروطا مماثلة تقريبا يقتضي ملاقاتها للدفع بعدم المسؤولية على اساس المرض العقلي. ومع ما في هذه الاحكام من صعوبة قد لا يمكن تجاوزها الا ان هذه الصعوبة هي بمثابة العقبة الممتنعة والتي تفرض على الدفاع مهمة اثبات عدم مسؤولية المتهم والى اقرب درجة ممكنة من هذه العقبة الممتنعة .

٣) قضية ديرهام:

في محاولة لتخطي الصعوبات الحاصلة في التطبيق العملي لاحكام مكنوطن قام القاضي بازيلون (في ولاية كولومبيا في الولايات المتحدة) عام ١٩٥٤ باصدار احكام في قضية ديرهام والتي عرفت فيما بعد باحكام ديرهام . والمادة الاساسية في هذه الاحكام تنص على ما يلي:

«ان المتهم غير مسؤول جنائيا» اذا كان عمله غير المشروع هو نتيجة لمرض عقلي او نقص عقلي» .

وقد سبب هذا القرار الكثير من الارتباك في الاوساط القضائية ، من حكام ومحامين لصعوبة تحديد معاني المصطلحات «نتيجة» و «مرض» و «نقص»» وبسبب ذلك فقد الغي هذا القرار بعد ذلك بسبعة عشر عاما وقد اشترك القاضي بازلون نفسه في اللجنة التي قررت الغاء قراره السابق وهو يقول في تبرير ذلك ، بان قراره السابق قد فشل في انتزاع تقرير المسؤولية الجنائية من يد الخبراء ، فالخبراء الطبيون في نظره يتعذر اتفاقهم على رأي تشخيصي وذلك بسبب كون الامراض العقلية ليست علما دقيقا ، وانما تبنى في معظمها على التجربة التي يتعذر امتحانها موضوعيا ، ويضاف الى ذلك ان الاطباء على خلاف رجال القانون لا

ينظرون الى المسؤولية بانها مقياس من حدين: مسؤول او غير مسؤول، وانما هم يتبعون خطا متواصل الدرجات من تحمل المسؤولية، وهو الخط الذي لا يمكن تحديد نقطة ابتدائه او نقطة انتهائه. وفي عام ١٩٧٢، اقترح القاضي برازيلون مشروع قرار ينص على ما يلي: «ان المدعى عليه هو غير مسؤول اذا ما كان عند ارتكابه السلوك غير المشروع او كانت عملياته العقلية والعاطفية وسيطرته على سلوكه في حالة عطل والى الحد الذي لا يمكن بحق اعتباره مسؤولا عن عمله».

٤) توصيات المعهد الامريكي للقانون:

في عام ١٩٦٢، تقدم معهد القانون الامريكي بالتوصيات التالية لادخالها في صلب قانون الجنايات، وهي:

اولاً: ان الفرد غير مسؤول عن سلوك جنائي اذا كان عند ارتكابه هذا السلوك وبسبب مرض عقلي او نقص عقلي، فإنه كانت تنقصه المقدرة الكافية اما لتقدير اجرامية الخطأ في سلوكه، او عدم توافق سلوكه مع مقتضيات القانون.

ثانيا: وكما هو مستعمل في هذه المادة، فان المصطلح «المرض العقلي او النقص» فانه لا يشمل الاضطراب الذي يظهر فقط على صورة سلوك اجرامي متكرر او بسلوك مضاد للمجتمع» وهنالك في هذه التوصيات من المصطلحات ما يصعب تعريفه، كما هو الحال في احكام مكنوطن واحكام ديرهام، ومنها: الافتقار الى المقدرة الكافية والمرض العقلي والنقص والخطأ والتوافق مع متطلبات القضاء. اما المصطلح الآخر: السلوك المضاد للمجتمع فان المادة كانت تسعى لاستثناء المجرم السايكوباثي من تبرير جريمته على اساس المرض، ذلك ان من السهل على كل انسان يقوم بعمل اجرامي ان يدعي بانه كان في وضع عند ارتكابه الجريمة بحيث انه لم يستطع منع نفسه عن ارتكابها بمعنى انه كان فاقدا للارادة او بانه لم يكن على علم بما هو فاعله بمعنى انه لم يكن يقصد ذلك بوعي.

يتضح مما بيناه، بان من الصعب التوصل الى قرارات واحكام سهلة وواضحة ويمكن الاتفاق عليها في موضوع المرض العقلي والمسؤولية الاجرامية. وقد عبرت المحكمة العليا في امريكا عن هذه الصعوبة مفسرة احجامها حتى الان عن اصدار قواعد واحكام دستورية بشأنها وذلك بالقول: «بكل بساطة، فان الوقت لم يحن بعد لوضع المعادلة الدستورية بتعابير ما زال معناها ناهيك عن تطبيقاتها غير واضحة حتى الان اما للاطباء او للمحامين». وهكذا فان تصريف هذه القضايا بصرف النظر عن الاحكام والقرارات الصادرة بشأنها ما زال في يد المحلفين في النظم القضائية التي تعتمد على قراراتهم وقناعتهم بشأن عقلانية وعدم عقلانية المتهم، او تعتمد على قناعة القاضي في المحاكم التي لا تمارس نظام المحلفين، وهو الذي لا بد من قناعته بمثل ذلك مهما كانت الآراء الطبية ومصطلحاتها. والذي نلاحظه في مجتمعنا، هو ان القضاة على العموم هم اكثر اعتمادا على الرأي الطبي المختص في تصريف هذه المواضيع ولعلهم يجدون حرجا في رفضه خاصة اذا لم يتوفر ما يناقضه، ولعله لعدم توفر نظام المحلفين فان هنالك ما يزيد في شعور القاضي بالمسؤولية وفي حرجه من رد البينة الطبية مهما كانت مبهمة في بعض مصطلحاتها.

ولعل ما يهمنا في هذا الموضوع وفي هذا الكتاب هو امر تحديد المسؤولية الجنائية بالنسبة للمريض

بمرض الشيزوفرينيا، ويمكن القول باختصار بان القواعد القانونية التي سبق ذكرها تنطبق على المريض بالشيزوفرينيا وهو اكثر الامراض العقلية وقوعا واكثرها ضررا وتعطيلا للحياة العقلية الطبيعية والذي يحدث روتينيا في الحالات التي يشتبه فيها القاضي باصابة المتهم بالمرض العقلي، او يطالب محامي المتهم باعتباره مريضا، هو ان يحال المتهم الى لجنة طبية مختصة لدراسة حالته العقلية وتتضمن الاحالة ضرورة الاجابة عن ثلاثة امور وهي :

اولا : اذا كان المريض عند ارتكابه الجريمة مدركا لطبيعة العمل الذي كان يقوم به .

ثانيا : اذا كان يعلم او لا يعلم بان العمل الذي ارتكبه كان خطأ، والأمر الثالث هو فيما اذا كان المتهم في حالة عقلية تسمح له بالدفاع عن نفسه . وفي حالات اخرى يكون التوجيه بصورة تطالب ببيان الحالة العقلية للمتهم وبيان درجة مسؤوليته عن جريمته ومقدرته على الدفاع عن نفسه امام المحكمة ومن الواضح ان هذه القواعد تشبه الى حد بعيد احكام مكنوطن ومتأثرة بها .

ان القول بان المتهم مصاب بالشيزوفرينيا، قد يكون كافيا من الناحية النظرية لاعتباره غير مسؤول عن جريمته، غير ان الأمر من الناحية العملية قد لا يكون بمثل هذه السهولة فهنالك اولا عدم التوافق بين الاطباء في تشخيص الحالات المرضية الشيزوفرينية، وهنالك ايضا واقع ان اعدادا كبيرة من الناس في المجتمع مصابون بالمرض بدون علاج او بدون ان يفطن اليهم احد . وهنالك صعوبة البت في تقرير الحالة العقلية للمتهم اثناء ارتكاب الجريمة وهنالك ايضا امكانية التباين في الحالة العقلية للفرد المصاب بالشيزوفرينيا فقد يكون احيانا في حالة اضطراب عقلي، وفي اوقات اخرى يتمتع بصفاء ذهني، وهو الأمر الذي يجعل من الصعب تقرير اي الحالتين كانت سائدة اثناء ارتكاب الجريمة . ولعل اكثر ما يساعد على الاقتراب من الحقيقة في هذا الامر هو ان تتوفر البينة من تاريخ المتهم الحياتي وبانه كان يعاني من حالة مرضية عقلية وبأنه سبق علاجه قبل ارتكاب الجريمة لمثل هذه الحالة مع توفر البينات الاخرى التي قد تسند ذلك من شهود ومسيرة حياتيه الخ . ومما يساعد ايضا هو ان لا تكون الجريمة تمثل منفعة للمتهم وبأنه لم يحاول التهرب منها او التستر عليها . اما الفحوص الطبية التالية للجريمة، فان التجربة تبين مدى صعوبة الاعتماد عليها في اتخاذ قرار طبي او قانوني ذلك ان هنالك دائما امكانية ان يكون تشخيص المرض خاطئا حتى ولو اتفق عليه عدد من المختصين، والباحث في هذا الموضوع يجد ادلة عديدة من التباين بين آراء اللجان الطبية المختصة في فحص مريض ما وفي تقرير حالته المرضية وهو التباين الذي يدين المختصين من ناحية كما يبرر الأحجام القانوني عن الاخذ ببعض القرارات الطبية احيانا . هذا وهنالك اتجاه قانوني في بعض الاوساط القضائية باحلال مسؤولية الشيزوفريني عن جريمته فقط في الحالات التي يثبت فيها بان جريمته ناجمة عن مرضه العقلي وبانها لم تكن لتحدث لو انه كان سليم العقل .

العجز عن الدفاع عن النفس :

بصرف النظر عن الحالة العقلية للمتهم عند ارتكابه الجريمة فان المتهم لكي تمكن محاكمته فانه يجب ان يكون في حالة عقلية تسمح له بالدفاع عن نفسه عند المحاكمة والتأكد من هذه المقدرة او عدمها يأخذ

الامور التالية بعين الاعتبار وهي : مدى مقدرة المتهم على استشارة محاميه والتفاهم معه ومدى مقدرته على تفهم الاجراءات القانونية التي تجرى في موضوعه ، فاذا لم تتوفر هذه المقدرة في الحالتين فان محاكمة المريض تصبح غير عادلة ولذلك غير جائزة.والقاعدة المتبعة ، هي ايقاف محاكمة المتهم المريض بسبب هذا العجز عن الدفاع عن النفس،وللمحكمة ان تعيد المحاكمة عندما يصبح المتهم قادرا على الدفاع عن نفسه،وفي هذه الحالة فان مسؤولية المتهم تتقرر طبقا لحالته العقلية عند ارتكابه الجريمة وليس طبقا لحالته العقلية التي طرأت في وقت لاحق لارتكاب الجريمة،والتفريق بين الحالتين قد يكون امرا صعبا خاصة اذا ادركنا بان ارتكاب الجريمة كان في حد ذاته النذير الأول بوجود المرض العقلي والذي ربما كان كامنا لمدة طويلة دون ان يلاحظه احد.

التصرف بالمريض بعد المحاكمة :

ان المتهم المريض بعد اصدار الحكم بعدم مسؤوليته عن الجريمة التي ارتكبها لا يصبح حرا ذلك انه يودع عادة بامر المحكمة في وحدة خاصة في مستشفى للامراض العقلية ويعالج في هذه الوحدة كغيره من المرضى مع تحديد في حرية الاتصال والحركة خارج وحدته. ويظلَ المتهم المحجوز رهن الحجز، ولا يطلق سراحه الا اذا ثبت بانه أصبح لا يمثل خطرا بسبب مرضه العقلي اما لنفسه او لغيره. وهكذا يظل قيد الحجز اذا كان في اطلاق سراحه احتمال كبير بايقاعه للأذى الجسمي الخطير على شخص آخر او باحداثه اذى لممتلكات الغير. والمحكمة تصدر امرها بالافراج عن المتهم بعد الاستئناس بالرأي الطبي عن احتمالات سلوك المريض في المستقبل. وتقرير هذا الامر طبيا هو من الامور الصعبة ذلك ان معاودة المتهم لارتكاب جرائم جديدة بعد اطلاق سراحه ليست بالامور النادرة غير ان هذه الامكانية يجب ان لا تحول دون اتخاذ قدر محسوب من المجازفة خاصة بعد ان يكون المريض المتهم قد قضى سنوات طويلة من الحجر العلاجي، وتقدم به العمر الى الحد الذي يقلل كثيرا من احتمال معاودته لارتكاب الجريمة.

٣ ـ الجدارة والحقوق المدنية

ان العلاقة بين القانون والمرض العقلي بما في ذلك المرض الشيزوفريني لا تقتصر على ارتكاب الجريمة وغيرها من الاعمال الخارجة على القانون وتحديد مسؤولية المريض عنها، وانما تتناول نواحي اخرى هامة ذات مساس بالحقوق المدنية للمريض وحقه واهليته ليتمتع بها، واهم هذه الحقوق التي تتعلق بالقانون ايضا هي اهلية المريض لاعطاء شهادة، وللدخول في عمليات العقود والالتزامات والمبايعات، وحقه في اعطاء وصية، وحقه في الدخول بعقد للزواج او الطلاق، وفي حضانة الاطفال، وهنالك موضوع حق المريض بالتعويض بسبب مرضه والعوامل المساعدة على تكوينه او ترسيبه وحق الغير عليه بدفع التعويض نتيجة ما ارتكبه من اضرار مادية او معنوية بهم او بممتلكاتهم، وهنالك مسألة تقرير حق المريض بقبول او رفض المعالجة بما في ذلك الدخول الى المستشفى والخروج منه. وتقرير اهلية المريض حاليا او الذي سبقت اصابته بهذا المرض للتمتع بحقوقه الطبيعية في هذه الأمور أو تجريده منها، هو امر في غاية الدقة والاهمية، ذلك ان الحد من الحقوق المدنية للفرد هو حد من حق طبيعي مكتسب، ويجب ان لا يتم الا لصالح المريض او لضرورات اجتماعية هامة، وللمدة الزمنية التي تقتضيها الحالة المرضية.

الأهلية العامة

أن الحكم بعدم اهلية المريض هو قرار قانوني ، ومهمة الطبيب المختص تتحدد في اعطاء البينات الطبية ، ويترك للقاضي تقرير اهلية المريض او عدم اهليته في مجال او اكثر من المجالات ، وان كان القرار بعدم اهلية المريض بسبب مرضه ينسحب على جميع المجالات في آن واحد ، ومن هذه فقدانه لحقوق التعاقد الا للاشياء الضرورية ، وحق التصويت ، وحق ممارسة المهنة ، وحق التبني ، وحق منع التبني لاطفاله من قبل الغير . وايقاف العمل برخصة قيادة السيارة ، والتصرف باموال في البيع والشراء او الهبة ، وايقاف حقه في البدء بعملية الطلاق منه او عليه ، وعدم اهليته لاعطاء الوصية ، او ابطالها ان وجدت اصلا . وغير ذلك من نواحي التمتع بالحقوق المدنية او الحرية الشخصية . هذا وينبغي الاشارة إلى أن أي تحديد قانوني لأهلية المريض هو تحديد مرحلي ويجب أن يعاد النظر في ضرورته على فترات زمنية غير متباعدة جدا ، ويترك للمريض أو اهله او الموكل عنه حق المطالبة باعادة النظر في الموضوع ومن الجدير بالذكر بأن القاضي في تاريخ بغداد قبل الف عام كان يقوم شهريا بزيارة البيمارستان مع الأطباء المعالجين ، فإذا اقتنع بشفاء المريض ، أذن باخراجه من المستشفى متمتعا بجميع حقوقه العامة ، واعطاه خمسة دنانير من الذهب لمساعدته على البدء بحياة جديدة .

الزواج والمرض الشيزوفريني :

هنالك عدة نواح من الارتباط بين الزواج والمرض الشيزوفريني ، ومن النواحي الهامة في هذا الارتباط : اولا اهلية المريض الشيزوفريني للزواج . (ثانيا) اهليته لانجاب الاولاد . (ثالثا) النواحي القانونية في الموضوع ، كمسألة الطلاق ، وحضانة الاولاد . وفيما يلي نتناول بالبحث هذه النواحي ، كما سنتناول الناحية الثالثة منها بتفصيل اكثر في الفصل الخاص في العلاقة بين القانون والمرض الشيزوفريني .

أ) الاهلية للزواج :

حق الفرد ، اي فرد ، بالزواج ، هو حق مشروع ، خاصة اذا توفر القبول الواعي بين طرفي الزواج للدخول في مثل هذا الارتباط ، غير ان الامر ليس بمثل هذا التبسيط اذا ما كان احد طرفي الزواج مصابا بمرض عقلي ، او متخلفا ، او غير بالغ الرشد . وفي مرض الشيزوفرينيا بعض النواحي الفريدة والجديرة بالاهتمام عند تقرير اهلية المريض للزواج . واهم هذه النواحي هي ان المرض الشيزوفريني قد يصيب الفرد بدرجات متفاوتة وبان له مصائر مختلفة . والناحية الثانية هي ان الزواج قد يكون بمثابة عامل مساعد على التقليل من تطور الحالة المرضية في بعض الافراد ، كما قد يكون سببا في تطوير الحالة المرضية الى درجات اسوأ من الشدة . ولهذا يترتب على الطبيب الاستشاري القيام بتقييم شامل للحالة المرضية وامكانياتها من الشفاء ، والاثار السلبية او الايجابية التي يمكن ان تنجم عن الدخول في الرابطة الزوجية . وفي اتخاذ مثل هذا القرار فان هنالك مبادىء عامة يمكن الاخذ بها كأساس ، منها أن المريض الذي ينذر مرضه بالازمان والتدهور هو مريض غير مؤهل للزواج . والقاعدة الثانية هي النهي عن الزواج ما دام الفرد يعاني من حالة مرضية حادة لم تستقر بعد ، وهذه القاعدة تقضي بعدم الموافقة على اي رابطة او اختيار يتم في مثل هذه الحالة . والقاعدة الثالثة تقضي بضرورة التيقن من انه سيكون للرابطة الزوجية اثر ايجابي لا

سلبي على الحالة المرضية ، ذلك أن الزواج ، وان كان فيه خطوة ايجابية قد تخرج الفرد من عزلته وتساعده على التعامل مع الواقع ،الا انها خطوة قد تواجه الفرد بمسؤولية لا مقدرة عنده على تحملها ،ويمكن لذلك ان تزيد من حالته المرضية ، او ان تسبب الانتكاسة اليها ثانية . هذا ويقتضي في كل حالة من الزواج ان يبحث بدقة في امكانيات الطرف الآخر من الزواج ، وان يكون هذا الطرف على علم بالحالة المرضية للمريض وما يتوقع لهذه الحالة في المستقبل . مع الادراك الكافي للدور الذي يتوجب عليه ان يقوم به في مثل هذا الارتباط . ان ما نلاحظه في مجتمعاتنا ، وهو ما يلاحظ ايضا في مجتمعات اخرى ، هو ان زواج المريض بالشيزوفرينيا في العصر الحالي هو اكثر وقوعا بكثير مما كان في الماضي ، وذلك بفضل الوسائل العلاجية الحديثة والتي حددت من امكانية تدهور الحالات المرضية وضرورة بقاء معظم المرضى في المستشفيات ، كما كان الحال حتى زمن غير بعيد ، وان كانت هذه الظاهرة اكثر وضوحا في الذكور من المرضى بالشيزوفرينيا منها بالاناث .

ان بعض البلدان قد شرعت القوانين التي تنظم العلاقة بين المرضى والزواج ، وبعض البلدان لا تجيز زواج المريض الشيزوفريني الا بشهادة طبية تؤيد تمتعه بصحة عقلية تمكنه من الارتباط بالزواج . وحتى في البلدان التي توجد فيها مثل هذه التشريعات القانونية ، فانه يقع على العائلة والطبيب المعالج عبء البت في اهلية المريض للزواج سواء كان مريضا في الحاضر او كان مريضا في الماضي ، كما ينصح دائما بضرورة التيقن من الحالة النفسية والعقلية للطرف الآخر للزواج ، ذلك ان المرض العقلي او الاستعداد للمرض في الطرف الاخر ايضا ، له ان يضاعف المشاكل الصحية والعائلية والاجتماعية التي تنجم عن المرض ، كما أنه يزيد كثيرا في احتمال انجاب جيل جديد من المرضى

ان من المعتقدات القائمة عند بعض الناس أن المرض الشيزوفريني ينجم عن الكبت الجنسي او كثرة الاستمناء ، وهي ملاحظة تأتي عادة من امعان المريض ، حتى قبل مرضه بممارسة العادة السرية ، كما تأتي من بعض مظاهر الانشغال بالامور الجنسية والشذوذ في السلوك الجنسي خاصة في الادوار الاولى من المرض ، وهذه الدلائل لا يمكن اعتبارها سببا للمرض ، وانما هي مجرد تعبير عن نكوص المريض الى دور سابق في نموه الجنسي والنفسي ، ولهذا فان الزواج من اجل الجنس ، وكوسيلة لشفاء المرض ، هو اجتهاد خاطىء ، على الاقل في الغالبية العظمى من الحالات المرضية ، ويقتضي ان لا يكون مبررا لزج المريض في رابطة زواج قد يتعذر فيها عليه اتمام مراسيمه أو الوفاء بمتطلباته

ب) المرض والانجاب

ان الغالبية العظمى من البحوث والدراسات تفيد بأن العامل الوراثي هو العامل الاهم في تكوين الاستعداد للمرض الشيزوفريني ، ومع الادراك بأن هذا العامل قد لا يكون العامل الوحيد المقرر للمرض ، الا ان ما من حالة مرضية واحدة يمكن ان تحدث في اي فرد ما بدون هذا الاستعداد . والتسليم بهذه القاعدة لا بد أن يؤدي الى الاستنتاج بأن الزواج وما قد يترتب عليه من انجاب الاولاد هو المصدر الاساس والدائم لاستمرارية وجود وظهور المرض في الاجيال الجديدة ، اذا ما توفرت المقررات الوراثية اللازمة والكافية في احد الوالدين او كليهما . وعلى سبيل المثال فان احتمال وقوع المرض في اي فرد في المجتمع تقع في حدود ٠,٣ الى ٢,٨ في المئة ، غير انه اذا كان الفرد ابنا او بنتا لوالدين احدهما شيزوفريني .

والاخر طبيعي فان نسبة الاحتمال ترتفع لتصل الى ١٢ في المئة ، اما اذا كان كلا الوالدين مصابا بالمرض ، فان نسبة احتمال اصابة الاولاد بالمرض تتضاعف لتصبح ٢٥ في المئة ، اضافة إلى نسبة أخرى من الاضطرابات الشخصية والنفسية والتي قد تصل بمجموعها الى ٨٠ في المئة .

ان هذه الحقائق تجعل موضوع انجاب الاطفال مسألة محفوفة بالاحتمالات المرضية مما له ان يتعارض مع الحق الطبيعي لانجاب الاطفال من العلائق الزوجية . هذا ومن الواضح انه لا يمكن التصرف بسهولة اما باتجاه الابقاء على هذا الحق الطبيعي ، أو بالغائه تبعا للاحتمالات المرضية . ولعل الموقف الامثل في مثل هذه الحالة هي ان ينصح الوالدين بعدم انجاب الاولاد ، او الاكتفاء بواحد او اثنين على أكثر تقدير، اما اذا تبين بأن الوالدين كليهما يعانيان من المرض، فان من الضروري الحيلولة دون انجابهما للأولاد . هذا وموضوع انجاب الاولاد لا يتعلق فقط باحتمالات حدوث المرض في الاطفال ، وانما يتعلق أيضا بمدى ما يترتب على الوالدين من مسؤولية رعاية الاولاد وتربيتهم ، وهي مسؤولية قد يكون الوالد المريض عاجزا عن القيام بها ، او انها قد تزيد من شدة واستمرارية مرضه ، كما قد يكون لها بعض التأثير السلبي على الحياة النفسية والعقلية للطفل المهيأ للاصابة بالمرض .

ج) الطلاق والمرض

تمتع الفرد بحق الطلاق مسألة اكثر صعوبة من تمتعه بحق الزواج وهو مريض ، فالمريض في بعض الاقطار لا يتمتع بحق الزواج تلقائيا ، غير انه اذا ما تزوج وهو مريض ، فان زواجه يعتبر قائما الى ان تقضي المحكمة بابطاله بناء على حيثيات معينة تستدعي هذا الابطال . أما طلاق المريض وهو مريض فلا يعتبر مشروعا ، الا اذا ثبت ان المريض كان عند اتخاذ هذا القرار في حالة عقلية طبيعية .

ومن الملابسات التي تحدث في موضوع الطلاق ، هي موضوع المبررات لطلاق احد الزوجين من الآخر . ومن المبررات التي تؤخذ بعين الاعتبار ان يكون الفرد مريضا في الماضي بدون معرفة الزوج الآخر ، او ان يكون مريضا عند الزواج ولا يعلم الزوج الاخر بذلك ، وتحدد بعض البلدان مدة عام واحد لابطال الزواج على اساس هذه المبررات . أما اذا اصيب الفرد بالمرض اثناء الزواج ، فهنالك تشريعات مختلفة بشأن حق الزوج الثاني بالطلاق ، فمنها ما يعلق الحكم بالطلاق على ضرورة توفير البينة الطبية بأن المريض لن يشفى من مرضه ، ومنها ما يعلق ذلك على ضرورة ان يكون المريض قيد المعالجة المستمرة لمدة ٥ سنوات على الاقل . وهنالك بعض المجتمعات التي تأخذ بمبدأ الطلاق في حالة توافر الدليل على المعاناة النفسية او الجسمية او كليهما عند المريض او شريكه في الزواج ، وفي ثبوت ان المريض يعاني من نتائج الاهمال والايذاء المتعمد من شريكه ما يبرر الطلاق ، كما ان اثبات ان الشريك يعاني من حالة لا تطاق من المعاناة بسبب التعايش مع زوج مريض يمكن ان يبرر الطلاق ايضا . هذا وقد تكون هناك مبررات اخرى تحبذ الطلاق كفقدان العلاقة الجنسية الطبيعية ، او عدم مقدرة الزوج على توفير الضرورات المعاشية لزوجته مع عدم توفر الامكانيات عند الزوجة .

د) حضانة الاولاد :

كثيرا ما تبرز مشكلة حضانة الاولاد بسبب اصابة احد الوالدين بالمرض خاصة الأم ، سواء انتهت

الرابطة الزوجية بالفراق او الطلاق . والبينات التي قد تساعد على البت في هذا الموضوع ، هي امكانية الأذى النفسي والجسمي على الطفل بسبب الحالة المرضية لأحد الوالدين ، واذا تأيد وجود هذا الاذى ، وكان منذرا باذى اعظم فان حضانة الاولاد تعطى للطرف الذي يتمتع بصحة طبيعية .

ان هنالك من يجد خطورة في رعاية الوالد (الأم او الأب) المريض لاولاده ، ذلك ان اضطرابه العقلي في نظرهم قد يسهل ترسيب المرض الشيزوفريني في احد الاطفال ، هذا ولا يمكن نفي هذا الاحتمال مع انه لا توجد بينة احصائية تثبت ذلك في الابحاث العديدة التي اجريت على اطفال احد المصابين بالشيزوفرينيا والذين نشأوا في رعاية احد الوالدين ممن هو مريض ، بالمقارنة مع تربية الاطفال في محيط عائلي غير مريض . ومهما كانت الحيثيات التي تبرر تجريد الوالد المريض من رعاية الاطفال ، فان مثل هذا القرار يجب ان يأخذ دائما بالاعتبارات الانسانية التي لا يمكن ان تجيز حجب الاولاد كليا عن الوالد المريض ابا كان او اما ، اضافة الى أن مثل هذا الحجب له ان يعيق امكانية شفاء المريض وان يزيد في شدة المرض والمعاناة ، حتى لو لم يبدُ في الظاهر ما ينم عن اكتراث المريض باولاده ، فان ما يبدو لنا في الظاهر قد لا يفيد شيئا عما يكمن في الحياة النفسية والعقلية الداخلية للمريض الشيزوفريني . ولهذه الاسباب فان تقرير موضوع الحضانة في الحالات المرضية ، هو من اصعب المواضيع وادقها ، وهو يتطلب ليس فقط الوقوف على ما يمكن ان يصيب الطفل من اذى بنتيجة مرض أحد والديه وانما ايضا ما يمكن أن يصيب الوالد المريض من ايذاء بسبب تفريقه عن طفله أو أطفاله . والمعادلة التي تجمع بين هذين الامرين بعدل وحكمة ربما كانت من اهم المعادلات الحياتية التي يتحتم على القضاء والطب معا التعاون على اقامتها .

الحق بالتعويض :

يمكن للمريض الشيزوفريني ، او ولي امره ، ان يطالب بالتعويض عن اصابته بالمرض ، على اعتبار ان حالته المرضية قد تسببت جزئيا او كليا عن ظروف وظيفته او عمله ، او نتيجة تعرضه الى تجربة يمكن الادعاء بانها كانت بمثابة صدمة نفسية او عقلية ادت الى نشوء الحالة المرضية او تزايدها . ومثل هذا الادعاء يتزايد حدوثه في المجتمعات الغربية ، ويسهل العمل بذلك قوانين العمل من ناحية ، وتوفر شركات التأمين من ناحية اخرى .

ان الفصل في موضوع حق المريض الشيزوفريني بالتعويض عن مرضه يجب ان يأخذ بعين الاعتبار ان المرض يحدث في معظم الحالات اثناء سنوات العمل المقررة ، وهي مرحلة العمر التي يحدث فيها المرض على كل حال سواء كان الفرد يعمل او لا يعمل . ثم ان هنالك الرأي الغالب ، من ان ما من تجربة او مجموعة تجارب حياتية مهما كانت شدتها وطول أمدها يمكن ان تكون كافية في حد ذاتها لاحداث المرض الشيزوفريني في اي فرد لا يحمل في ذاته الاستعداد للاصابة بالمرض ، غير ان مثل هذا الرأي مجادل فيه من قبل اولئك الذين يعتقدون بان المرض هو عملية اجتماعية او محيطية ، وهم اقلية من اصحاب الرأي . غير ان التسليم بأن المرض في طبيعته يمثل استعدادا تكوينيا لا علاقة بالمحيط والعمل به ، فإنه لا يكفي لتنفي أن تكون ظروف العمل ، او تجارب حياتية معينة ، سببا في ترسيب الحالة المرضية او انتكاستها ، أو تعقيدها وتزايدها شدة . ولتقرير حق المريض بالتعويض ونسبه ، فان هنالك من يجتهد ، بان هذا الحق يعتمد على ضرورة اثبات ان ظروف العمل بصورة عامة ، قد ساعدت على اثارة الحالة المرضية ، او ان

تجربة معينة ، مهما كان نوعها ، قد ادت الى ترسيب للحالة المرضية ، والصعوبة في تقرير هذه الحالة الاخيرة ، هي ان الذي يملك الاستعداد للمرض يمكن ان يتأثر من تجارب وظروف هى ضمن الحدود الطبيعية في تجربة معظم الناس .

الأهلية للعمل :

تنص قوانين الوظيفة والعمل في بلدان عديدة على ضرورة ان يكون الفرد متمتعا بصحة عقلية طبيعية عند تقدمه للفحص الطبي السابق لشغل وظيفته او عمله ، كما انها تقضي اما باجازته عن العمل بسبب مرضه ، وللمدد الكافية للعلاج والشفاء ، او بانهاء وظيفته او عمله في حالة ثبوت عجزه عن القيام بعمله بسبب المرض وبصورة دائمة . غير ان اصابة المريض بالمرض الشيزوفريني لا تقضي بالضرورة انهاء وظيفته او عمله ، فهنالك الكثيرون من المرضى ، والذين يعانون من درجات بسيطة او معتدلة او ممن شفوا شفاء اجتماعيا من المرض ممن يزاولون عملهم الوظيفي او العام بكفاءة مقبولة ، والواقع ان ما لا يقل عن ٤٠ في المئة من الذين يصابون بالشيزوفرينيا يحصلون على درجة كافية من الشفاء مما يؤهلهم للقيام بعمل او وظيفة ما . غير انه يقتضي ان يحدد مجال العمل وطبيعته ومدى المسؤولية فيه بما يتناسب والحالة المرضية وبما يتفق من جانب مع الحاجة الى تاهيل المريض ، ومن ناحية اخرى مع الحاجة الوقائية لمنع انتكاسة المريض ، او تفاقم حالته المرضية . وفي تقرير العمل الذي يسند الى المريض او الذي اصيب بالمرض ، فان هنالك ما يقضي بضرورة تحديد مجالات العمل المفتوحة امامهم . ومن المجالات التي يقع عليها التحديد المجال التدريسي والمجال الطبي ، وغيرها من المجالات التي تتطلب درجة كبيرة من البصيرة والتوازن النفسي وترابط الشخصية .

حق التوصية

اعطاء الفرد وصية هو حق طبيعي ، غير ان هذا الحق يمكن ايقافه او الحد منه لصالح المريض وصالح ورثته الشرعيين اذا ما تبين بان الموصي عند وضعه الوصية لم يكن في حالة عقلية تمكنه من ان يفهم طبيعة العمل الذي يقوم به والآثار التي يمكن ان ترتب عليه ، كما يجب ان يكون عالما بحدود ملكيته وما يترتب عليه من التزامات .

ان اصابة الفرد بالمرض العقلي الشيزوفريني ، وحتى اثناء وجوده في المستشفى لا تسلبه بالضرورة حقه باعطاء التوصية ، على ان تتوفر عنده شروط وهي : ١) طبيعة ومدى ملكيته ، ٢) الشخص او الاشخاص الذين لهم حق بتركته ، ٣) ان تكون حكمته وارادته صافية وحرة لتقرير الاستحقاق العادل لمن يهمهم الأمر . ولما كان المصاب الشيزوفريني معرضاً للطعن في وصيته ، فانه يقتضي احالة المريض الى اللجنة المختصة لتقرير مقدرته على اعطاء الوصية ، وينبغي الاشارة إلى أن مهمة اللجنة هي ليست التقرير فيما اذا كان الفرد الموصي مريضا بعقله ام عاقلا ، وانما اذا كانت حالته العقلية مهما كانت تؤهله لاعطاء وصيته . واهم ما يعني الاطباء في تقرير ذلك هو موضوع وجود أو عدم وجود اوهام من شأنها ان تغير الميول والالتزامات الطبيعية للفرد ومن عاطفته نحو المستحقين من ورثته ، او تجاه غيرهم . هذا وقد لا يكون تقرير هذه الامور سهلا في كل قضية ، خاصة وان بعض الافراد قد يعانون من هذه الاوهام ، غير انها تظل خافية على الغير.

ان المسائل التي يصعب البت فيها قانونيا وطبيا هي تقرير اهلية المريض الشيزوفريني الذى شفي من مرضه باعطاء الوصية . ومع ان حالة المريض عند وضع الوصية هي الحالة المعتمدة في تقرير هذه الاهلية ، الا انه لا بد ان يؤخذ التاريخ الحياتي السابق للمريض بما في ذلك مرضه السابق بعين الاعتبار . ولا بد من الكشف عن مدى البصيرة والحكمة التي تصرف فيها الفرد باملاكه ولشؤونه لفترة طويلة سابقة للوصية للتأكد من انه لم يكن خاضعا لمؤثرات عقلية غير طبيعية في هذا التصريف . ومثل ما ينظم أمر اعطاء الوصية من قواعد قانونية طبية ، يطبق ايضا في موضوع الغاء الوصية من الموصي ، ومدى اهليته لوضع وصية جديدة بدلا عنها ، ولعل أفضل خلاصة لهذا الموضوع ، هي القاعدة التي وضعها قاضي قضاة كوكبرن عام ١٩٧٠ في احدى القضايا ، والتي جاء فيها ، «أن لا يكون هنالك (عند المريض) من اضطراب يسمم العواطف ، وان لا تكون هنالك اوهام عقلية تؤثر في الارادة » .

الأهلية لحمل السلاح :

تجيز قوانين بعض البلدان لمواطنيها حمل السلاح في ظروف خاصة ، على ان تتوفر البينة على الحاجة الى ذلك للدفاع عن النفس ، وبعض البلدان تجيز ذلك بعد ثبوت ان طالب الترخيص يتمتع بالصحة النفسية والعقلية التي تؤهله لحمل السلاح ، وهو امر ضروري بالنظر الى ان نسبة غير قليلة من الذين يقومون بأعمال اجرامية هم من المصابين بالمرض العقلي الشيزوفريني . ولعل افضل قاعدة لتطبيق مقتضيات هذا الموضوع هي ان يمنع حمل السلاح على من سبق وشخصت حالته المرضية بانها شيزوفرينية حتى ولو بدا وكانه شفي من مرضه ، وبصرف النظر عن المدة التي انقضت على ذلك .

الأهلية للخدمة العسكرية :

اصابة المريض بمرض عقلي بما في ذلك مرض الشيزوفرينيا تحول دون اهليته للخدمة العسكرية ، وهي الخدمة التي تتطلب حمل السلاح وتحمل المسؤولية بصورة دقيقة . ولما كان مرض الشيزوفرينيا له ان يفقد المريض الادراك والحكم والبصيرة الكافية ، فهوَ لذلك عاجز عن تحمل مثل هذه المسؤولية وادائها بصورة صحيحة ، كما له ان يعرض نفسه وغيره للخطر نتيجة ذلك . هذا وهنالك بعض الاجتهادات المتضاربة حول اهلية المريض او المريض سابقا للتمتع بواجب الخدمة العسكرية ، فهنالك من يرى ضرورة حجب هذا الواجب عن الفرد كليا ، او ضرورة تسريحه من الخدمة ، وهنالك من يرى ان من الممكن استيعابه في احدى الاعمال غير المسلحة . وفي تقرير أي من الاتجاهين فانه ينبغي ان ينظر بعمق في امر درجة المرض القائمة ، وفي امكانية تفاقم الحالة المرضية او انتكاس الحالة المرضية ، بسبب طبيعة العمل الذي يسند الى المريض او الذي سبق مرضه . واذا كان هنالك من قاعدة طبية يحسن تطبيقها بصورة عامة ، فهي ان واجب الفرد لخدمة العلم يجب ان لا يتعارض مع امكانية الاستفادة من المريض من ناحية ومع امكانية الاضرار بالحالة الصحية للمريض من ناحية اخرى . هذا وينبغي الاشارة الى أن تشخيص المرض الشيزوفريني هو تشخيص مجادل فيه في الكثير من الحالات المرضية ، كما أن في مقدور بعض الناس تمويه المرض بادعاء اعراض مرضية يصعب اثباتها أو نفيها، ولعل أفضل اسلوب تشخيصي هو اخضاع المريض الى مراقبة لا تقل عن ستة أشهر ويتم شهر واحد منها على الأقل في مستشفى خاص .

قضايا أخرى :

هنالك قضايا اخرى غير التي ذكرناها والتي تمس جدارة المريض بالتمتع بحقوقه المدنية ومن هذه حقه في الانتخاب وحقه في ان ينتخب لمنصب عام ، وحقه في التوظف واهليته لحمل السلاح والخدمة العسكرية ، او ممارسة العمل الخاص ، وجدارته لسياقة سيارة ، وحقه في الكشف عن معلومات سرية وغيرها من القضايا التي تظهر بين الحين والاخر .

ان معظم التشريعات تعتبر المريض عقليا قاصرا او بالتالي فهو غير مؤهل للتمتع بهذه الحقوق ، فلا يسمح له بممارسة حق الانتخاب ، كما انه لا يعتبر جديرا بالانتخاب او التعيين او تولي منصب عام ، فدساتير دول عديدة تحرم رئيس الدولة المريض عقليا من تولي ذلك المنصب او من الترشيح له او الاستمرار في توليه .

١) اهلية المريض لاعطاء الشهادة :

القاعدة العامة هي اعتبار المريض عقليا قاصرا ، وهذا يعني ان شهادته لا تؤخذ بعين الاعتبار . فكما ان افادة المريض عن نفسه لا تؤخذ كحجة لتجريمه ، كذلك فان افادته او شهادته لجانب الغير او عليهم لا يمكن اعتبارها كدليل قانوني يقبل في المحاكم ، ويقتضي في كل حالة يشك فيها بحالة الشاهد العقلية سواء جاء من الدفاع او الادعاء او المحكمة ، اخضاع الفرد للفحص الطبي المختص لتقدير حالته العقلية ومدى اهليته للادلاء بشهادة امام المحكمة ، ويترك للمحلفين ، أو القاضي في الحالات التي لا يتوفر فيها نظام المحلفين ، ولتقرير مدى الاعتماد على شهادة المريض والوزن الذي يمكن إعطاؤه لهذه الشهادة . وهنالك حالات عديدة اخذت فيها شهادة المريض بعين الاعتبار بالرغم من مرضه ، وهذه هي الحالات التي يتضح فيها للقاضي او المحلفين بان المريض الشاهد يدرك طبيعة والتزامات القسم الذي حلفه امام المحكمة باعطاء شهادة صادقة .

٢) أهلية المريض للتعاقد :

التعاقد بمعناه الواسع يشمل حق المريض بتصريف امـوره بنفسه . وهـذا يشمل البيـع والشراء والتبادل والدخول في عقود وارتباطات والتزامات ، والتصرف باموالـه وممتلكاته والعيش بالطريقة التي يـرتأيهـا . وبصورة تضمن صـالحه . فـالقاعـدة في موضـوع التعاقـد هي ان يكـون طـرفـا العمليـة يتمتعان بحرية كاملة وبقبول للتعاقد مرتكز على حكمة العقل ، وهكذا فان أي اتفاق او تعاقد من أي نوع كان يقوم به المريض العقلي يعتبر باطلا من الوجهة القانونية حتى ولو كان الاتفاق سابقا لقرار المحكمة بعدم اهلية المريض وبنصب قيّم عليه ، وفي هذه الحالة ، فانه يقتضي اثبات ان الشخص المعني قد كان بالفعل يعاني من مرض عقلي عند دخوله في الالتزام التعاقدي موضوع البحث . والمحاكم لا تبطل عادة جميع العقود التي قام بها المريض ، وهي تكتفي فقط بابطال تلك العقود التي يتضح فيه استغلال للمريض في عقود غير متكافئة وفي غير صالحه ، كما انها تبقي على حق المريض بالدخول في عقود محدودة لتلبية حاجاته الضرورية على ان لا تزيد عما هو مناسب لمركزه . ولها أن تبقي على العقود التي تمت والمريض في فترة ابلاله من مرضه او ان الطبيب يشهد بان المريض كان يدرك بصورة كافية طبيعة ما يقوم به من تعاقد ،

وهكذا فان اصابة الفرد بمرض عقلي كالشيزوفرينيا مثلا لا يبطل ولا يوقف كليا وبصورة قاطعة اهلية المرضى للتعاقد .

٣) نصب قيم على المريض :

نصب القيم على المريض اجراء قانوني عريق في القدم فالقانون الرّوماني (الرقوق الاثنا عشر= ٤٤٩ق . م) نص على ما يلي (اذا كان الشخص معتوها فدع شخصه وممتلكاته تحت حماية عائلته او اقاربه من والده اذا لم يكن تحت رعاية شخص آخر).وفي انجلترا في القرن الثالث عشر ، فان القيم على ممتلكات المتخلف عقليا طوال حياته كان الملك والذي احتفظ بالارباح من هذه الممتلكات ما عدا ما يكفي لاعاشته ، اما المريض عقليا فقد كان تحت قيمومة مؤقتة اثناء مرضه فقط ، وتعاد اليه امواله وارباحها عند حصوله على الشفاء . وفي العصر الحاضر ، فان نصب القيم على المريض قد اصبح اكثرتعقيدا،والقاعدة المتبعة في مجتمعنا ومعظم المجتمعات الأخرى ، هي انه اذا ما قرر بأن المريض هو غير قادر على تصريف اموره بنفسه ، فان على المحكمة ان تنصب قيما عليه ليرعى شؤونه ويحافظ على حقوقه ، وقد يكون هذا القيم من اولياء امر المريض او اقاربه او من غيرهم ممن يضمن على افضل وجه صالح المريض ، وهنالك في بعض البلدان هيئات خاصة تتولى هذا العمل ، وللمحكمة ان تبدل القيم ، وان تعيد النظر في جدارته اذا ما ادعى باهماله او استغلاله للمريض ، وللمريض ان يبدي رأيا بالقيم عليه اذا كان في حالة ابلال من مرضه ويستطيع ابداء رأي حكيم . هذا ويظل تنصيب القيم ساريا ما دام المريض يعاني من مرضه الذي بسببه الغي حقه بتصريف اموره بنفسه .

ان مرض المصاب بالشيزوفرينيا لا يقضي بالضرورة نصب قيم عليه ، فهنالك الكثيرون من المرضى الذين يستطيعون تصريف امورهم ومصالحهم بانفسهم وبدون اضرار بمصالحهم ، غير ان هنالك استثناءات تقتضي بضرورة نصب القيم عليه ، ومن هذه ضرورة ادخال المريض اجباريا للمستشفى وفي هذه الحالة يظل حجز اهليته للتعاقد ونصب قيم عليه ساريا ما دام في المستشفى بهذه الصفة الاجبارية ، اما في الحالات التي يدخل فيها المريض طوعا وبارادته للمستشفى ، فليس هنالك ما يستدعي نصب قيم عليه ، غير انه ينظر في امر هذه الضرورة اما بناء على رغبة المريض او رغبة المعنيين بشؤون المريض من افراد عائلته .

ان تنصيب قيم على المريض ليس بالضرورة امرا دائميا ، فللمحكمة عند طلب المريض او احد افراد عائلته او القيم عليه ، ان تعيد النظر في امر حاجته للقيم ، ولها ان تطلق حريته في التصرف وتنحية القيم اذا اقتنعت استنادا الى البينة الطبية ، بان المريض قد اصبح في حالة تؤهله لاسترداد حقه بالتصرف بشؤونه بجدارة .

حق المريض في العلاج

ان للمريض الشيزوفريني،حاله حال أي مريض في عقله أو جسمه،أن يتمتع بحقه في الرعاية العلاجية وبصرف النظر عما إذا كان مريضا متهما أو مريضا غير متهم ، وله فوق ذلك أن يتمتع بالرعاية الاجتماعية المناسبة لحالته المرضية وما ينجم عنها من مشاكل في العمل أو الحياة ، وللمريض الشيزوفريني

أن يعطى المدة المناسبة من العلاج مع الاحتفاظ بحقوقه الدراسية أو الوظيفية . ولعل من أهم المشاكل التي تواجه المعنيين بشؤون المريض هي مسألة من يقرر ضرورة ومعالجة المريض والمدة اللازمة لهذا العلاج والمكان المقرر له . وقد كان الاتجاه في الماضي ينيط هذه المسؤولية بأولياء أمر المريض ، غير أن الاتجاه المعاصر يعطي هذا الحق للمريض نفسه ، الا في الحالات التي يثبت فيها بأن مرض المريض يكون خطرا على المريض أو على الغير ، وعند ئذ تلزم معالجته في مكان ملائم حتى زوال هذا الخطر .

القسم العاشر

الخاتمة

١ ـ فائدة الشيزوفرينيا .
٢ ـ الشيزوفرينيا والمستقبل .

١ ـ فائدة الشيزوفرينيا

القول بفائدة المرض الشيزوفريني او المرض العقلي بشكل عام قد يبدو لأول وهلة قولاً ساخراً ، ولا يمكن ان يستقيم في شيء مع ما هو معروف عن المعاناة العظيمة التي تصيب المريض ومجتمعه بسبب هذا المرض ، غير ان هنالك ما يبرر تأمل هذا القول والبحث فيه بشيء من الجدية ، ذلك ان المصادر التاريخية من حوادث ولغات تنوه بوجود بعض الفائدة للمرض العقلي اما لصاحبه واما لمجتمعه ، كما ان الدراسات المعاصرة والحديثة والتي تناولت هذا الموضوع تنوه ايضا بمثل هذه الفائدة في بعض الحالات المرضية العقلية بما في ذلك مرض الشيزوفرينيا. واذا ما ثبتت صحة هذه التنويهات، القديم منها او الحديث، فان من شأن ذلك ان يغير ولو بعض الشيء من نظرتنا السلبية للأمراض العقلية وخاصة مرض الشيزوفرينيا.

ان معظم الأقوال والنظريات والدراسات حول هذا الموضوع قد اتجهت الى ناحيتين، الناحية الأولى تتعلق بالفائدة الحياتية التي يمكن ان يوفرها المرض العقلي اما للمريض نفسه او لمجتمعه، اما الناحية الثانية فتتعلق بأمر العلاقة بين المرض العقلي وبين ما يسمى بالعبقرية كما تتضح بالمظاهر المختلفة من الابداع والخلاقية في مجالات الفنون والعلوم وغيرها من المجالات كالسياسة والاجتماع والاقتصاد.

الفائدة الحياتية للمرض:

هنالك من يجد في مرض الشيزوفرينيا قيمة حياتية وعلى الأقل في الماضي،فالمرض يتقرر بالوراثة بالدرجة الأولى، واستمرار فعل الوراثة منذ اقدم الأزمان وحتى الآن يؤخذ كدليل على ان المرض في الماضي كان يخدم اغراضاً حياتية، واستمراره حتى الآن يدلل على استمرارية الحاجة اليه. ويعلل الباحثون الفائدة الحياتية للمرض بأنه في وقت ما من مراحل نشوء الانسان فان بقاء الانسان قد اقتضى وجود خصائص معينة من السلوك والتفكير وردود الفعل العاطفية والتي يمكن اعتبارها اليوم من خصائص الاضطراب العقلي الشيزوفريني بدرجة او اخرى. ومن الآراء الواردة في ذلك نظرية الدكتور جون برايس الذي يربط بين هذا المرض وبين نشوء الانسان في الغاب اولا ،ثم في خروجه الى البراري، فالانسان في تحوله من انسان غابة الى انسان برية قد تغير وضعه الاجتماعي من النظام الاجتماعي المتساهل في سلم السلطة والذي يشبه النظام الاجتماعي للشمبانزي، الى نظام اكثر تشددا واحكاماً وتدرجاً في سلم السلطة بما يشابه النظام الاجتماعي للقردة. ومثل هذا التغيير في النظام الاجتماعي قد اقتضته في رأيه ضرورات البقاء، ذلك ان اطمئنان الانسان في الغابة لم يقتض النظام التصاعدي في السلطة الاجتماعية والذي اقتضته ضرورات الاطمئنان والبقاء في البراري، وهي الحاجات التي يقتضي لمواجهتها توفر جماعة

متماسكة ، كل فرد فيها يعرف مكانته المحددة ويسلك بالطريقة المناسبة لهذه المكانة وطبقاً للدرجة التي تهيأ لها في سلم السلطة الاجتماعية،ويرى برايس بأن المرض العقلي في الانسان القديم قد نشأ في مثل هذا النظام التصاعدي ، ذلك لأن مكانة كل واحد في ذلك النظام القديم قد اقتضت ردود فعل معينة وفي مواقف معينة كتعبير او كرمز للانضواء تحت هذا النظام الاجتماعي . وطبقاً لمقتضيات هذا النظام فان هنالك افرادا في درجات من هذا السلم ممن لزم عليهم ان يكيفوا انفسهم باظهار ردود فعل سلوكية معينة تدلل على خوفهم وخشيتهم وحاجتهم للمصالحة او الانسحاب او الانطواء . وفي رأي برايس ان اول حالات القلق والشيزوفرينيا كانت على مثل هذه الصورة من ردود فعل الخضوع والاذلال والتواضع والانطواء في اناس خاضعين لغيرهم ، ومعرضين لضغوط هائلة من الشدة والارهاق وخاصة في ظروف نقص مصادر الغذاء وازدحام السكان ، اما الأفراد المتسلطون في السلم الاجتماعي ، فانهم تبعاً لهذه النظرية معرضون لحالات سلوكية وعاطفية اخرى ، فهم قد اتسموا بقوة جسمية كبيرة ومقدرة نزالية فائقة ، كما انهم خصوا بمزاج ملائم لهذه الخواص مما يؤهلهم للاستعداد للقتال ، كما اتسموا بصفات مزاجية معينة منها عدم مقدرتهم على الصبر ، وسرعة الغضب ، مما له ان يربي فيهم حالات الغطرسة ، وجنون العظمة واوهامها ، والسلوك الاعتدائي غير الطبيعي ، وهي المظاهر المرضية التي تكثر في حالات البارانويا الشيزوفرينية . اما امراض الكآبة فانها تظهر في الطبقات الدنيا من السلم الاجتماعي . ويخلص برايس الى الرأي بأن امراضنا الحالية (العقلية بما فيها الشيزوفرينيا) ما هي الا احياء لردود فعل تطبعنا عليها في عصور ما قبل التاريخ بحكم مقتضيات وضرورات البقاء . وهنالك نظرية اخرى بهذا الصدد (ونج Wing) مفادها ان مرض الشيزوفرينيا وهو مرض وراثي كما يعتقد حتى الآن ، فان الجينات الناقلة للوراثة لا بد ان تكون لها فائدة ايجابية في بعض الأحوال . ويفسر ونج هذه الفائدة بأن الانسان القديم في مجتمعات الصيد في العصر الحجري قد احتاج الى سمات (الشك) و(النور الداخلي) لتعينه على البقاء هو والجماعة التي ينتمي اليها ، ذلك ان الشك يدفعه لليقظة واتقاء الخطر ، اما (النور الداخلي) فيزوده بالمقدرة الالهامية التي لها ان تعينه على التغلب على المواقف التي لا يملك من تجربته المعرفة اللازمة او الكافية لمواجهتها ، وفي الحالتين فان هذه الخواص ، وهي خواص تكثر في دور ما من ادوار المرض الشيزوفريني ، فان لها ان تخدم غاية البقاء للفرد وللمجتمع ، واذا كان هذا هو الحال في الماضي البعيد ، فهل هناك ما يبرر استمرار وجود هذه الخواص وانتقالها وراثياً في العصر الحاضر؟ وهنالك الكثير من الحجج التي تؤيد الرأي بأن عناصر التشكك وعناصر الرؤيا المبنية على الخيال هي عناصر ضرورية في الفكر الانساني ، وبأنها ذات فائدة بقائية للحياة الانسانية وبدونها فانه سيتعذر على الانسان تأمل ما يخرج عن تجربته الحسية الآنية والمباشرة وبالتالي ملاقاة ما هو غير منظور او محسوس من امكانيات الحياة .

ومن الفرضيات التي يمكن اثارتها حول فائدة المرض العقلي ، فرضية ترى بأن المرض العقلي يوفر للفرد امكانية التكيف . فاذا ما تعذر عليه التعايش والتوافق الاجتماعي لسبب ما ، فان هنالك امكانية نكوصه الى مستوى ادنى من الفعالية مما استطاع التكيف عليه بنجاح في مرحلة سابقة من عمره . وبهذا يضمن لنفسه درجة افضل من القناعة النفسية والتوافق مع المحيط ويمكنه من البقاء بمستوى اقل من الفعالية الحياتية . ومن الفرضيات الواردة ان المرض يوفر للفرد امكانية التخلص من مواجهة مهام ومسؤوليات لا يستطيع تحملها ، ويكون التقهقر العقلي مبرراً اجتماعياً لتفادي المسؤولية او تحمل نتائجها .

ومثل هذا الواقع يلاحظ في المرضى الذين يعانون من اعراض عقلية في حالات الهستيريا والتي تكون فيها الأعراض العقلية وسيلة للحصول على فائدة أو منفعة كاستجلاب التعاطف مع المريض أولتجنبه المسؤولية. وهكذا فان للمرض العقلي بشكل عام، والشيزوفرينيا بشكل خاص ان يوفر للمريض حالة تجنبه تحمل المسؤولية ومواجهة ما يترتب عليها من نتائج،وذلك عن طريق الرجوع الى دور طفولي من التعامل مع الواقع،وهودور لا يشعر فيه الفرد بحدود المسؤولية ومواجهة ما يترتب عليها من نتائج واضافة الى فوائد المرض التي يفترض بأنها تتحقق للمريض من مرضه، فان هنالك نظريات تجد بأن المرض العقلي يحقق فوائد لعائلة المريض وللمجتمع بشكل عام. ومن النظريات بهذا الشأن النظرية التي ترى بأن المريض الشيزوفريني يضطر الى مرضه كحل نهائي من قبول ما لا يقبل في موقعه الحياتي ضمن نطاق العائلة، وهو لذلك بمثابة الضحية على مذبح التوازن العائلي الذي يتطلب مثل هذه التضحية العقلية للابقاء على تماسك العائلة. ولا يفترض في هذه النظرية ان يكون اختيار الضحية او ادراك غاياتها قد تم بوعي العائلة او تدبيرها، وانما يأتي عادة بصورة تلقائية وغير مدبرة او واعية، غير انه يخدم غرض حل مشاكل العائلة والابقاء على القدر الكافي من التماسك بين افرادها مما يعينها على البقاء والاستمرار. ومثل هذا الرأي عن (الضحية) للمريض وما تخدمه من اغراض في النطاق العائلي، هو ما يجاهر به اصحاب المدرسة الوجودية امثال لانج وكوبر وغيرهما، والذين يوسعون من مدار الفائدة التي تجنى من المرض لكي تشمل سلطات اجتماعية مختلفة تكاد تشمل المجتمع بكامله. ومن النظريات القريبة من هذا التفسير الرأي الذي جاء به روبرت ستولر Stoller في كتابه عن الانحراف او (الشكل الجنسي للكراهية)، فهو يجد في الانحراف حالة مفيدة تخدم العائلة والمجتمع، ذلك ان وجود فرد منحرف في العائلة يسمح: «باحتواء القسوة والكراهية في العائلة قبل ان تصبح هذه القوى محطمة. ونتيجة ذلك تمكن الوالدين والعائلة من تأمين انفسهم عن طريق وجود (منحرف) في احد اولادهما..، واضافة الى ذلك، فان اختيار العائلة لأحد افرادها لكي يكون مريضا او (الشرير)، فان مثل هذه العملية من «التضحية بكبش الفداء، تساعد الكثير من العائلات، وذلك عن طريق السماح لعملية اسقاط الانحراف والتي تحمي بقية افراد العائلة فردياً، والعائلة كوحدة، ومتى حدث ذلك فان الوالدين يستطيعان عيش رغباتها المنحرفة عن طريق ابنهما المنحرف.. وباختصار فان الانحراف ليس فقط هو الثمن الذي يدفع كمرض نفسي من أجل المؤسسة العائلية، وانما للانحراف ايضاً فعل قوة مضادة للتغيير- وذلك بسماحه للعائله بأن تبقى.... وهكذا فان الانحراف او المرض، يخدم المجتمع والجنس البشري الذي يركن الى حالة من عدم التغيير».

وفي رأي ستولر ان الدينامية المركزية للانحراف هي العداء، وفعل الانحراف هو ان يخدم غرض تحويل الكراهية القاتلة الى تيارات اكثر هدوءاً من الدين والفن واحلام اليقظة؛ وهو يرى في مثل هذا التحويل حالة افضل من التعبير المباشر عن القوى اللاواعية. ويختصر ستولر الفوائد التي تنجم عن تبديد الغضب بقوله: «ان تشتيت الغضب يخدم ضرورات أربعاً اساسية، وذلك بتمكين الفرد من المتعة الجنسية الخالية من الشعور بالأثم، وبانقاص نسبة القتل في العائلة التي ينتمي اليها الطفل، او في عائلة الطفل عندما يكبر، وبربط طاقات اللذة الجنسية والاعياء والتي بدون ذلك الربط يمكن ان تفتت المجتمع، وبتحويل الكراهية التي يمكن ان تنمو بين الجنسين، مما يمكن الرجال والنساء ولو لبعض لحظات من تحمل ما لا يمكن تحمله من بعضهما البعض بدون ذلك». ان هذه الاراء التي اوردها ستولر

والتي تتعلق بالانحراف بشكل عام ، لها ما يمثلها تقريبا من النظريات التي تفسر مرض الشيزوفرينيا كحصيلة للقوى الدينامية المختلفة في التكوين والعلاقات العائلية ، والتي ينوه بعضها بالفائدة التي يمكن ان يجنيها احد الوالدين او العائلة بكاملها من تغذية وتأثيل الاتجاهات المرضية في أحد الأولاد من افراد العائلة .

الشيزوفرينيا والعبقرية الابداعية :

الناحية الثانية من هذا الموضوع تعني بتقصى مدى الصحة في الافتراض بأن هنالك رابطة بين الشيزوفرينيا وبين العبقرية والابداع . والبحث في هذه الناحية ، هو اكثر واقعية من البحث في الناحية التي سبق تناولها والتي يصعب التأكد من صحتها لاعتمادها كلياً ، على التحليل التأملي .

ان الربط بين المرض العقلي وبين العبقرية والمقدرة الابداعية ليس بالشيء الجديد . فمثل هذا الربط قام في الفكر الانساني منذ اقدم العصور وما زال قائماً حتى الآن ، والشيء الجديد في الموضوع هو ان اثبات الرابطة بينهما قد اتخذ اسلوباً علمياً ، من حيث الاستقصاء والمتابعة وجمع البينات . والمتتبع للبينات التاريخية من ناحية وللدراسات المعاصرة والحديثة من ناحية اخرى لا بد له من أن يتوصل الى بعض القناعة بأن الرابطة بين المرض العقلي ـ بما في ذلك الشيزوفرينيا ـ وبين الابداع العبقري ، ليست مجرد رابطة مصادفة عرضية ، وان فيها ما يفيد بوجود بعض العوامل المشتركة بين الحالتين العقلية والعبقرية ، ولو في بعض الأفراد .

في العصور القديمة ، ولعل ذلك يمتد الى عصور ما قبل التاريخ ، لا بد ان المريض بعقله استحوذ على انتباه واهتمام الفرد الاعتيادي في المجتمع الذي ظهر فيه ، وافتراض ذلك امر بديهي بالنظر للمظاهر الطارئة والشاذة من السلوك والفكر والشعور التي ظهر بها المريض والتي لا مثيل لها في التجربة الاعتياديه للمجتمع . وقد كان من الطبيعي ان ينظر المجتمع او من هم على تماس مع المريض الى واقع المريض نظرة خوف ووجل وتطيّر ، خشية ان ينتقل المرض اليهم ، أو ان تحل بهم وبسببه مصيبة او اذى . ويسند مثل هذا الافتراض ليس فقط ما يعرف عن مواقف المجتمعات البدائية المعاصرة من المصابين بأمراض عقلية ، وانما ايضا مما وصل الينا من بينات تاريخية عبر العصور المتعاقبة عن مواقف الحضارات المختلفة من المرض العقلي والمصابين له . فالانسان القديم ، حاله حال الانسان البدائي المعاصر ، نظر الى المصاب بعقله نظرة خشية ، بعضها خوف وبعضها اكبار وتعظيم لقدر المريض ، والذي اعتقد بأنه خص بالمرض بمشيئة قوة عظمى غير طبيعية ، وبأنه لذلك يتمتع بصلات مع هذه القوى مما لا يستطيعه غيره من الناس الاعتياديين . ولهذا اضفي على المريض هالة من الرهبة والاحترام . وكثيراً ما قامت للمريض تبعية تجد من طريقة تفكيره وسلوكه وحياته نمطاً يقلد ويحتذى . وهذه النظرة تبرر الاعتقاد بأن بعض حالات التصوف وما شابهها ، بما في ذلك التبعية لها ، قد نشأت في التاريخ القديم على مثل هذا لأساس من المس العقلي ، وما سببه من خشية ورهبة وايحاء في نفوس عامة الناس . ولعل في مثل هذه البداية من ربط من اصيب بعقله بالقوى الخارقة بداية التضمين العبقري للمرض العقلي ، وهو التضمين الذي ربط العبقرية بالجنون في البداية وما زال يربطهما في اذهان الناس حتى الآن . وتفيد البينات من الحضارات القديمة كحضارات ما بين الرافدين بأن الذي اصيب بعقله اعتبرت حالته سراً لا يتناوله حتى الكهنة الا في بعض نواحيه ، اما السر كله فاعتبر من الأسرار الالهية ، وفي هذا الدليل على منزلة المريض بين الناس ، وهي منزلة وضعته في

مكانة مرموقة من التقدير المشوب بالخشية والحذر. وان كان هنالك من فائدة لمثل هذا الاعتبار، فهي انها جعلت المريض في مأمن من الأذى، كما ان المرض بدلالاته الخارقة قد اصبح مصدرا لقوة اجتماعية وازعة وبالتالي اصبح المريض نفسه المصدر الذي تتمثل به هذه القوة. وفي تأملنا لأصول المفردات في اللغة العربية وحتى في اللغات الأخرى، نجد ما يسند مثل هذا التصور لمفهوم المرض العقلي، ولمكانة المريض في عقله. فمصطلح (الجنون) او (المجنون) يربط بين المرض العقلي والمريض عقلياً وبين (الجن)، وهي كائنات غير مرئية اعتبرها القدامى في مرتبة وسطى بين الانس والالهة، ونظر اليها كذلك في الحضارات القديمة وفي الأساطير اليونانية. اما مصطلح (عبقري) وهو المصطلح الذي يفيد معنى القوة والابداع الذي يفوق ما هو مألوف، فانه كالمصطلح السابق (الجنون) يربط بين العبقرية والجان. فعبقر هو موضع تزعم اساطير العرب انه من ارض الجن. وهم بذلك اعتبروه القوة الابداعية وخاصة الشعر وكأنها من فعل جنّي او آخر من الجان التي تسكن أودية عبقر. ولعل من الطريف ان نذكر بأن مصطلح العبقرية في بعض اللغات الأخرى قد اشتق من اصول تدلل على صلة العبقرية بالجن، كما يتضح ذلك من لفظة Genius، والتي بنيت على الأحرف الأربعة الأولى منها وهي (جني) في العربية. غير اننا ما زلنا نجهل الأصول الأولى للاصطلاح واين نشأ. ومهما كانت الأصول الأولى للجن ولعبقر وما اشتق منها من جنون وعبقرية، فان لهذه المصطلحات دلالة في اذهان الناس تربط بين (الجنون) و(العبقرية). وقد ذهب البعض الى ابعد من وجود ذلك فعلقوا العبقرية على ضرورة توفر (الجنون) في الذي جاء بالفعل الابداعي الخارق والفائق عن المألوف. وفي بعض الحضارات، كالحضارة الاغريقية، كانوا يحجمون عن معالجة العبقري المبدع و(المجنون)، وعلى العكس فانهم كانوا يرون في بقائه (مجنوناً) او في زيادة (جنونه) ما يضمن بقاء عبقريته وفي ارتفاعها الى حدود الكمال. ومثل هذه النظرة لها ما يماثلها في حضارات قديمة اخرى. وهي النظرة التي ما زال الانسان المعاصر اما يصدقها او يتأثر بها حتى الآن، وهو الأمر الذي يتضح من وفرة الأقوال والدراسات والأبحاث عن مدى العلاقة بين المرض العقلي وبين المقدرات (العبقرية) الابداعية.

ان الأقوال القديمة والحديثة والتي تنوه بالعلاقة بين الجنون والعبقرية عديدة وهي ترد في نصوص حضارية متعددة، فارسطوطاليس يقول «ليس هنالك من عبقري بدون جنون». وكذلك درايدن Dryden في قوله: «ان العقول العظيمة الخلاقة هي بالتأكيد قريبة الصلة بالجنون»، اما لومبروزو[1] Lombroso فقد اعتبر العبقرية مظهرا لعقل مريض ويصاحبها عدة اعراض من المرض العقلي. ونظر العرب الى مجنون ليلى بأنه (مجنون) لا لانه جن بحبها، وانما لان مصدر جنونه وشاعريته واحد وهو الجان، وفي القرآن الكريم جاء التنويه بالعلاقة في قوله تعالى: «والشعراء يتبعهم الغاوون، ألم تر انهم في كل واد يهيمون». وفي ذلك اشارة الى ضلالهم في أودية الجن استلهاما لشاعريتهم.

ان محاولات الربط بين المرض العقلي (الجنون) من ناحية وبين العبقرية، قد جاء في الماضي بنتيجة طبيعة العمل العبقري والذي يبلغ مرتبة ابداعية يعجز عنها بقية الناس. وقد كان من الطبيعي بسبب ذلك ان يفيض انجاز العمل الابداعي على صاحبه ويضفي عليه صفة اللاطبيعية والاختلاف عن بقية الناس. ولهذا السبب فانا نجد بأن عباقرة الماضي لم يتميزوا فقط بما ابدعوا او جاءوا به من علم او فن او ادب او فكر، وانما تميزوا ايضاً بخصائص في شخصيتهم تضعهم في صنف خاص عن سائر الناس، وعلى العموم

فان هذه الخصائص اتسمت بالغرابة والشذوذ والى الحد الذي يقربهم الى المصابين بعقولهم . وهذا التميز في معظم الحالات قد خلق في اذهان الناس بسبب ما اتصفوا به من عبقرية وليس بسبب خصائص اصيلة في نفوسهم . ومما يدلل على توفر مثل هذا الربط في الفكر العربي القديم ما ورد في القرآن الكريم من تفنيد ونفي لهذه الرابطة وذلك في قوله تعالى في سورة القلم « مـا انت بنعمة ربك بمجنون »، وقوله في سورة التكوير «وما صاحبكم بمجنون» ، وفي ذلك نفي قاطع بأن تكون عبقرية النبي (ﷺ) جنوناً ، كما زعموا في زمانه . وفي عصور تابعة وحضارات اخرى استمرت النظرة الى كل من يأتي بعمل خارق وكأنه في قبضة روح او شيطان يوحي اليه بما يأتي به من ابداع وخلق جديد . وقد وقع الكثير من الأذى على الكثيرين من هؤلاء العباقرة في ازمانهم وامتد ذلك الى انتاجهم الابـداعي ، غير انهم استمـروا في المسيرة التـاريخية كعباقرة ، وان ظلت صفة الشذوذ عالقة بهم .

وفي العصور الحديثة يعتبر (ليلوت Lelut) اول من أحيا فكرة الارتباط بين العبقرية والجنون ، ففي سنة ١٨٣٦ ابدى ليلوت الرأي المثير من ان هنالك بينة فسلجية تعطي الاستنتاج بأن الفيلسوف العظيم سقراط كان عرضة لنوبات من الغيبوبة والهلوسة ، والتي اصـطلح عليها بـالجنون الحسي او الجنـون الادراكي . وقد وجد رأي ليلوت هذا طريقه ليصبح مصطلحاً باسم (الجنون السقراطي) .

وفي مطلع هذا القرن (١٩١٠) قام عالم الاجرام الايطالي المشهور لومبروزوا Lombroso بدراسة لشخصيات مجموعة كبيرة من العباقرة في التاريخ واستنتج من دراسته بوجود ارتباط بين العبقرية وبين الشخصية السايكوباثية ، ورأى بأن الوحي العبقري مشابه للنوبة الصرعية ، كما ابدى الرأي بأن الشعوب كثيراً ما كانت في قبضة اناس مختلين (مجانين) ، غير ان العبقرية والجنون بسبب التقائها فيهم ، فان هؤلاء الرجال قد استطاعوا تقديم العطاء العظيم للانسانية .

ومن الذين قاموا بدراسات للكشف عن امكانية العلاقة بين العبقـرية والمرض العقلي ، العـالم كريتشمر Kretchmer . وقد استنتج من دراسته الواسعة (١٩٣١) على نفسية العباقرة بأنه لا توجد علاقة بين العبقرية والجنون ، غير انه وجد في العبقري تنويعاً ، في الشخصية الانسانية الاعتيادية ، ولذلك فانه اذا حدث ، حسب رأيه،ان حذف من العبقري عنصر السايكوباثية وعنصر التوتر الروحي والقصـد الشيطاني ، فان ما يبقى من موهبة العبقري سوف لا يزيد عما هو متوفر في صاحب الموهبة الاعتيادية . اما لانج ايكباوم Lange Eichbaum (١٩٣٢) ، فقد قام بدراسة واسعة على ٢٠٠ رجل وامرأة من عباقرة بلدان وعصور عديدة وبمواهب مختلفة ، وتوصل بنتيجتها بأن القليل منهم فقط لم يعانوا من اضطراب عقلي . وفي دراسة لجالتون Galton (١٨٩٣) اكد فيها بأن لا علاقة بين العبقرية والمرض ، كما خلص الى الرأي بأن العبقرية موهبة موروثة ، واستنتج ذلك من احصاء ٩٩٧ مبدعا عبقريا في ٣٠٠ عائلة ، وبين بأن الفرد كلما ابتعد في قرابة الدم عن العبقري كلما قل حظه في ان يصبح عبقرياً . وقد ايد رأيه من حيث استقطاب العبقرية في عائلات معينة عدد من الباحثين امثال كاتل (١٩١٠) وبرمهول (١٩٢٣) وبرمويل (١٩٤٤) ، غير انه لم يؤيدوه في الرأي بوراثة العبقرية . اما المدرسة التحليلية ، فقد فسرت العبقرية على أساس انها عملية حل الصراع عن طريق تصعيده . ومع ان الأمراض النفسية والعقلية والعبقرية تكمن مصادرها في الصراع الأساسي بين النفس وبين المحيط، الا ان هذا الصراع في حالة العبقري يحل عن

طريق تأتي فيها الأعراض والانتاج الخلاق مفيدة وذات قيمة في المجال الاجتماعي . وقد خلص فرويد الى الرأي في دراسته التحليلية لكل من دي فنشي ، ودوستيوفسكي والنبي موسى ، بأن العبقري يمشي على خط دقيق يفصل بين الخيال والواقع ، وهو، اي العبقري، يتوق للحصول على المجد والسلطة والثروة والشهرة وحب النساء، غير انه لما كان لا يملك الوسائل للوصول الى تحقيقها، فانه وكأي فرد آخر ، يحمل رغبات لا يمكن ارضاؤها، فهو ينثني عن الواقع ويحول جميع اهتماماته وطاقاته الجنسية لخلق رغبات في عالم الخيال، وهي عين الطريق التي يمكن ان تؤدي بسهولة الى مجال المرض النفسي، وهكذا فان فرويد يجد بأن العبقري هو اقرب ما يكون بالمريض النفسي .

وينفي العالم النفسي (كرس Kris) ، أن تكون هناك علاقة بين الجنون والعبقرية ، فالعبقرية في نظره لا تنبت من الجنون ، كما ان الجنون لا ينبت من العبقرية ، وعلى العكس ، فقد رأى كرس بأن العبقرية هي ظاهرة جمالية وهي لذلك اجتماعية ، وبهذا فانها ترتبط وثيقاً بسلامة الذات . ويتوصل ستور Storr (١٩٧٢) الى رأي مماثل ، فهو يرى بعد دراسته لاينشتاين ، بأن العبقرية تعتمد على عنصرين اساسيين ، وهما مقدرة الفرد على التفكير المجرد ، اما العنصر الثاني فهو الابقاء على التماس مع الواقع ، وهي المقدرة التي كان يتمتع بها اينشتاين ، الذي حاول ، في رأي ستور ، ان يفصل فكره عن فعل الانطباعات الحسية التي لا يمكن الاعتماد عليها ، مع ابقائه في نفس الوقت على التماس الكافي مع الواقع . ويقول ستور في ذلك : «ان هذه المقدرة الفائقة على التجريد الفكري مع الاحتفاظ بالتماس مع الواقع ، هي التي جعلت من الممكن حدوث مثل هذا القدر من الخلاقية عنده» .

اما (فوكو Focault) فهو يرى بأن المريض عقلياً ، يجمع بين الرؤيا والعمى ، بين الخيال والحكمة ، بين الهلوسة واللغة ، بين النوم واليقظة ، وهو لذلك يرى بأن الجنون هو في النهاية لا شيء ، ذلك انه يجمع كل ما هو سلبي من هذه الاشياء . ومع ان فوكو يجد «بان الجنون يمثل الانقطاع الكامل عن العمل الابداعي ، الا انه عن طريق الجنون فان العمل الذي يبدو بانه يغرق في العالم ، لكي يكتشف هناك عن لا معقوليته وليتحلى باشكال مريضة فقط ، فهو في الواقع يشغل في ذاته زمن العالم ، ويتقنه ويقوده . ففي الجنون الذي يعيقه ، فان العمل الفني يفتح فراغاً ، لحظة من الصمت ، فجوة بدون مصالحة ، حيث يجبر العالم على ان يستجوب نفسه ، وعن هذا الطريق فان العالم يصبح واعيا لاثمه . » وبالنسبة لفوكوا «فانه لا يوجد جنون الا في اللحظة الاخيرة للعمل الفني ـفالعمل يدفع بدون نهاية بالجنون الى حدوده ، وحيث ما كان هناك عمل فني فليس هنالك جنون ، ومع ذلك فان الجنون معاصر للعمل الفني ذلك انه يدشن زمن صدقه».ويلاحظ فوكو ما لاحظه غيره من وفرة الاعمال الفنية في العالم الحاضر والتي تنفجر من الجنون ، ويقول بان «ذلك بدون شك لا يبرهن على اي شيء عن عقلانية هذا العالم ، أو عن معنى تلك الاعمال ، او حتى عن العلائق التي تتكون ثم تنقطع بين العالم الواقعي وبين الفنان الذي خلق هذه الاعمال . ومع ذلك فان هذه الوفرة يجب ان تؤخذ بجدية . . فمنذ هولدرلن Holderlin ونرفال Nerval فان عدد الكتاب والرسامين والموسيقيين الذين وقعوا في الجنون قد زاد . . . . »

مما اوردناه يتضح التضارب في الآراء بين من يجد ترابطاً بين المرض العقلي وبين العبقرية الابداعية .

وبعض هدا التضارب ناجم عن ان الحكم على عقلية العباقرة يجيء في معظم الاحيان عن طريق تحليل سيرهم واخبارهم بعد وفاتهم بزمن طويل ، وبعض الصعوبة في ايضاح هذه العلاقة ، ان وجدت ، يعود الى صعوبة تحديد مفهوم المرض العقلي ونوعيته والى صعوبة تحديد مفهوم العبقرية والعمل العبقري . وفي محاولة لتجاوز هذه الصعوبات فقد قام بعض الباحثين بدراسات معاصرة على اعداد كبيرة من ذوي المواهب العظيمة من الاحياء في هذا العصر . ومن هذه الدراسات ، الدراسة التي قام بها تيرمان والتي تابع فيها مسيرة الموهوبين لعقود طويلة من الزمن ، وقد خلص تيرمان الى الرأي بان النجاح يرتبط بالاستقرار العاطفي بدلاً من عدم الاستقرار ، وبغياب بدلاً من حضور صراعات مزعجة ، وبمزاج فرح ، وبتحرر من الفشل الزائد . غير ان تيرمان يردف بالقول : «ان من الممكن بان عوامل الشخصية التي تؤدي الى التحصيل الاعتيادي تحت ظروف اعتيادية ، تختلف عن تلك العوامل التي تؤدي للبروز الى مستويات فائقة . . . ويبدو بانه بعد الوصول الى مستوى معين من المقدرة العقلية ، فان النجاح يتقرر الى حد كبير بعوامل غير فكرية ، وبان عدد اولئك الذين وهبوا مقدرات تتساوى مع التحصيل العظيم هم اكثر بكثير جدا من عدد اولئك الذين يحصلون على الشهرة كعباقرة» وفي نهاية دراسته يعترف تيرمان باننا «لا نعرف الا القليل عن موارد العبقرية الكامنة في عصرنا ، او العوامل المحيطية التي تلائم او تعوق التعبير عنها ، او عن العواطف القسرية التي تعطيها نوعية دينامية ، او عن خلل الشخصية التي تجعلها خطرة» .

ان الجدلية في امر العلاقة بين المرض العقلي وبين العبقرية قد لا تنتهي ، خاصة اذا اعتمد احد جانبي الجدلية على سير العباقرة ، وهي على العموم سير تميل الى التركيز على خصائص معينة من شخصية العباقرة ، والى تضخيم ما يبدو منها زائداً او منحرفاً بعض الشيء عما هو مألوف . والوصول الى حقيقة واقع شخصية العبقري قد لا يكون سهلاً ، بسبب ان العباقرة قلما يصعدون منصة العبقرية في زمانهم . وعلى ذلك فان التحقق من مدى الرابطة بين المرض العقلي والعبقرية يتوقف بالضرورة على تعيين نسبة وقوع المرض العقلي من بين العباقرة ومقارنة ذلك بنسبة وقوع المرض العقلي في اولئك الذين لا تتوفر عندهم مثل هذه الموهبة . ومما يساعد على جلاء هذه الرابطة هو تقدير نسبة وقوع المرض العقلي من بين اقارب الدم للعبقري . سواءً كان العبقري مصابا بالمرض او لم يكن مصاباً به ، وينبغي ايضا تقرير ما إذا كان هنالك مرض عقلي معين هو اكثر ارتباطاً بالعبقرية الخلاقة من أي مرض عقلي آخر ، واخيراً فانه يقتضي البحث في العلاقة بين المرض وبين الابداعية الخلاقة من جميع الجوانب الممكنة لهذه العلاقة ، مثل مقدار الانتاج الابداعي ونوعيته وزمنه بالنسبة للمرض ، والتحقق من جميع هذه النواحي ، كما هو واضح ، هو امر في غاية الصعوبة للاسباب والصعوبات التي بيناها ، غير ان الدراسات المحدودة والتي يعتمد عليها من النواحي الطبية تفيد حتى الآن بالملاحظات التالية :

أولا : ليس هنالك ما يثبت بان نسبة المرض العقلي الفعلي من بين العباقرة هي اعلى من المعتاد . غير ان هنالك ادلة احصائية بارتفاع نسبة العباقرة الذين يعانون من درجة او اخرى من عدم الاستقرار العقلي . ففي دراسة على ٢٨ موسيقيا نمساويا المانيا من العظماء امثال بتهوفن وباخ وبرامز وبروكنر وجلوك وواجنر وهايدن ولست وماهلر ومندلسون وستراوس وغيرهم ، ظهر بان ما يقارب نصفهم قد عانى في حياته من اضطراب نفسي او عقلي ما ، وهي نسبة اعلى بكثير مما هو متوفر في الناس بصورة عامة ، وما لوحظ بشأن الموسيقيين لوحظ ايضاً بشأن غيرهم من العباقرة في مجالات ابداعية اخرى مثل الرسم

والنحت والشعر والرواية والعلم والاختراع ، وان كانت هنالك نسبة اقل من العلماء والمخترعين الذين يعانون من اضطراب نفسي او عقلي بالمقارنة مع بقية الفئات الخلاقة الاخرى .

ثانياً : ليس هنالك ما يسند الاعتقاد بان الاضطراب العقلي في حد ذاته وفي اي دور من ادواره ، ومن اي نوع كان ، وفي اي انسان يمكن ان يخلق في أي فرد كان حالة من العبقرية ، او ان يؤدي الى خلق ابداعي من اي نوع ، اذا لم يكن ذلك الفرد مهيئاً من طبيعته وامكانياته الخلاقة لذلك . ولو كان المرض العقلي في حد ذاته عاملاً خلاقاً ومحولاً للفرد المصاب الى حالة العبقرية لكان العالم ، وخاصة مستشفيات الامراض العقلية ، مليئاً بالعباقرة وزاخراً بالخلق العبقري .

ثالثاً : في اولئك العباقرة الذين اصيبوا بعلة عقلية من نوع او اخر امثال جويا ونيتشه ، وآرتود Artoud وسيد Sade ورسو وفان كوخ وسوفت Swift وهو لدرلن ونيرفال وغيرهم ، فان مرضهم العقلي كان نقطة انقطاع لعملهم الابداعي . وفي الحالات التي استمر فيها العبقري بخلق عمله الابداعي وهو مريض في عقله ، وهي حالات قليلة ، فان ذلك لم يحدث بسبب المرض ، وانما لان قوة الدافع للخلق كانت اكثر عنفا من مقدرة المرض على تفتيت خلاقية المريض ، وبهذا يكون الخلق بالرغم من المرض وليس بسببه ، وحتى في هذه الاحوال فان المريض يصل عادة الى نقطة يكون فيها مرضه نهاية لعبقريته ، ففي جميع الحالات التي أصيب فيها العبقري بمرض عقلي دائم ، فان المرض كان خاتمة لعملية خلقه وابداعه .

رابعاً : ان فعل الاضطرابات العقلية غير متساوي الأثر على عملية الخلق العبقري من حيث نوعية ومقدار وزمن هذا الخلق ، وعلى العموم فان الاضطراب العقلي الذي يؤدي الى تحطم الشخصية وتفككها فانه لا يساعد ابداً على العمل الابداعي ولا بد له ان يؤدي اما لايقافه او الى انحطاطه وتجزئته والى الحد الذي يفقده المقومات اللازمة لاعتباره عملاً ابداعياً ، وهذا ما يحدث في مرض الشيزوفرينيا وفي الامراض العقلية العضوية من نوع او اخر خاصة تلك التي تؤدي الى حالات الخرف العضوي . وهناك امراض عقلية اخرى يجد بعض الباحثين بان لها علاقة ايجابية بالخلق الابداعي للعبقري ، ومن اهم هذه الامراض ، الامراض المزاجية ، خاصة الميلنخوليا (الكآبة) . وهنا لا يكفي تشخيص الكآبة لاقامة الرابطة بين الاضطراب المزاجي والعمل الابداعي ، فالكآبة على درجات واعماق ، فالمزاج الكآبي لا يتساوى مع الكآبة العقلية ، ففي الحالة الاولى قد يكون المزاج الكئيب عاملا حافزاً للعمل الخلاق . وقد ادرك ارسطو هذا الواقع في ملاحظته بان جميع الرواد في ميدان السياسة والفلسفة والشعر والفنون يميلون عادة الى المزاج الكآبي . ويحمل مثل هذه النظرة باحثون معاصرون . ومما يلاحظ في هذا الشأن ان المزاج الكآبي اذا اشتد ليبلغ العمق المرضي فانه يتوقف عن فعله الحافز للابداع ، وعندها يتوقف المريض عن القيام باي عمل خلاق ، غير انه يلاحظ ان المريض الكآبي في الادوار النهائية من مرضه ، فان موجة من العمل الخلاق تصاحب انحسار الكآبة عنه . وفي مثل هذه الحالة يمكن النظر لعودة المريض الى عمله الخلاق كدليل على قرب انتهاء حالته المرضية بالشفاء ، وهذا يحدث اكثر ما يحدث في اولئك المرضى الذين يعانون من اضطراب مزاجي متقلب بين الاكتئاب والنشوة ، وفي هذه الحالة ياتي العمل الابداعي في فترات التحول من حالة الاكتئاب الى حالة النشوة . ويشبه احد الباحثين الارتباط بين الكآبة وعملية الخلق ، بأن الكآبة هي اشبه ما يكون بدورة الاستكنان (النوم الشتوي) تليها دورة الاستفاقة ، ويكون المريض في

الدورة الأولى التي يستخدمها للخلق في الدورة التالية. وهنالك امثلة عديدة تتوافق مع هذه النظرة في حياة الكثيرين من العباقرة والفنانين. واذا كان لا بد للباحث ان يستخلص من الامثلة العديدة عن العباقرة الذين ارتبطت حياتهم الابداعية بحياتهم المزاجية بانه لا بد هنالك من وجود فعل للحياة المزاجية على عملهم الخلاق، فانه لا بد في نفس الوقت من حصر هذا الفعل في اولئك الذين خصوا بموهبة العبقرية، وبانه لا فعل خلاق لمثل هذه الحياة المزاجية فيحياة اولئك الذين لا يملكون مقومات العبقرية. ولعل من افضل الابحاث التي كتبت في هذا الموضوع هو بحث ترايثوان Trethowan (١٩٧٧) والذي عني بشكل خاص بالرابطة بين الموسيقى والمرض العقلي **الشيزوفرينيا والعبقرية**

لعل من الصعب تقدير مد ى الرابطة بين مرض الشيزوفرينيا وبين العمل الخلاق في عباقرة الماضي، ذلك لان تشخيص المرض في العصور السابقة لا يتوافق بالضرورة مع تشخيصنا له في العصر الحاضر، والكثير من الحالات العقلية التي يبدو من مسيرة اصحابها بأنهم اصيبوا بالمرض الشيزوفريني قد تكون اصابتهم العقلية بمرض عقلي اخر كالكآبة او المرض العقلي العضوي لسبب او اخر. اما في العصر الحاضر فقد جرت دراسات مختلفة عن العلاقة بين الشيزوفرينيا والطاقة الخلاقة، ونقاط الضعف في هذه الدراسات تاتي من سببين، اولهما تعذر تحديد المدار الصحيح والكامل لمرض الشيزوفرينيا من حيث انه مرض ومن حيث نوعه ودرجته، والسبب الثاني ياتي من انه يتعذر علينا في حياة الفرد ان نقرر ما هو العمل الابداعي، الا ان هنالك بعض الملاحظات المتواترة والتي يصح اخذها بعين الاعتبار في تقدير هذه الرابطة. وهذه الملاحظات هي:

١ - من بين الخصائص التي تتوفر عادة في شخصية الفرد الخلاق الميل الى الانطوائية ووفرة الخيال والاتجاه نحو تحليل الظواهر الى مفرداتها، والرغبة في تجاوز الواقع بخلق واقع جديد غير معروف من قبل. وهذه الخصائص يتسم بها الفرد الشيزوفريني في السنين السابقة لوقوعه بالمرض الفعلي، فهو على العموم يميل الى الانطواء كما انه يمعن بالخيال، ويتجه الى تجزئة التجارب الى عناصرها الاولية بما يرده الى حالة الانطواء، كما انه يسعى لخلق واقع آخر من صنع خياله او بما يتلاءم مع خيالات طفولته التي نكص اليها.

٢ - ليس هنالك من دليل على ان الشيزوفرينيا اكثر وقوعاً، في الموهوبين منها في عامة الناس من غير الموهوبين بالرغم من تواتر الافادات عن قيام المرض في بعض الذين يتمتعون بموهبة عقلية فائقة او بذكاء مفرط، ولعل نسبة هؤلاء بالقياس إلىاترابهم لا تزيد كثيرا على نسبة وقوع المرض في المجتمع بشكل عام.

٣ - كثيراًما يلاحظ بان المريض الشيزوفريني في بداية مرضه، وخاصة في الشيزوفرينيا الحادة، يمر في دور متفتح وخلاق بالنسبة لحاله السابق. ويفسر ذلك على انه نتيجة لتحرير الفرد مؤقتاً من القيود التي فرضتها عليه صراعاته النفسية، ويبدو لاول وهلة وكانه استفاق من غفوة طويلة وبانه استطاع اضاءة كوامن نفسه كلها بغمرة من الضياء، غير ان هذه الفترة النشطة والمليئة بالافكار والنوايا سرعان ما تخبو باستمرار المرض وتقدمه، وهكذا فان فورة النشاط التي تشاهد احياناً في بداية المرض الشيزوفريني يعقبها فترة طويلة قد لا تنقضي من السبات مما لا يمكن ان يؤدي الى اي خلق

ابداعي ، ذلك لان المقدرة على مثل ذلك تتطلب درجة كبيرة من المقدرة على جمع عناصر العمل الابداعي في كل جديد ومتماسك ، وهي المقدرة التي ان وجدت في الاصل ، فان المرض الشيزوفريني يحطمها كلياً ، وبذلك يفقد المريض الشيزوفريني المقدرة على ربط الاشياء في كيان متكامل له غاية او معنى او قيمة جمالية . ومثل هذا الواقع يفسر عجز الشيزوفريني ، مهما كانت مقدرته الخلاقة قبل المرض ، على خلق اي عمل ابداعي خلال مرضه .

٤ ـ تبين من احدى الدراسات (لينوارد هستون L. Heston) بأن هنالك نسبة اكبر من الموهوبين او ذوي المقدرة الفائقة والخلاقة من بين اقارب المرضى بالشيزوفرينيا بالقياس مع نسبتهم في المجتمع بشكل عام ، وبصرف النظر عن القابلية الخلاقة للمرضى انفسهم . وقد دفعت هذه الملاحظة الى الاعتقاد بان المرض الشيزوفريني اذا كان موروثاً فان بعض الجينات الفعالة في عملية الوراثة يمكن لها في تجمع معين وفي ظروف معينة ان تكون ذات شان في وضع الاساس الاستعدادي للخلاقية والابداع ، وبذلك يكون للشيزوفرينيا فائدتها في عالم الخلق والابداع ، واذا صح مثل هذا التحليل ، فان من الممكن لنا ان نستنتج بان للشيزوفرينيا ليس كمرض بالضرورة ، وانما كواقع من الاستعداد الوراثي بدرجة او اخرى ، اهمية عظيمة في حياة الانسان ، ليس من حيث الاعانة على البقاء فقط ، وانما من حيث المقدرة على الخلق والابداع والتحفيز الى عملية الرفض للواقع والسعي الى التغيير، وكلها عمليات ضرورية لتطور الانسان والمجتمع . وهذا الرأي لا يتعارض مع واقع ان المرض الشيزوفريني في حد ذاته يمثل نقيض ذلك كله ، ذلك أن المرض يمثل النهاية المتطرفة لجميع هذه الامكانيات ، والنهايات المتطرفة ، شانها شان الموت ، لا يمكن ان تنفي ما للبدايات من حياة وعنفوان وخلاقية . ونحن اذا تمكنا من اثبات صحة مثل هذا الرأي ، فاننا سنخلص الى النتيجة المنطقية بان انسانية الانسان بما فيها من امكانيات ومقدرة للبقاء والتغيير والخلق لا يمكن ان تظل على حالها حتى لو اننا استطعنا التحكم بالمقررات الوراثية والى حد تخلية الوراثية الانسانية من جميع الجينات الناقلة للاستعداد الشيزوفريني . ولعل في بقاء المرض العقلي بشكل عام ، والشيزوفرينيا بشكل خاص ، مع الانسان منذ بدايته حتى الان ، من المعاني والأهمية اكثر مما يمكن تفسيره على انه مجرد مرض من الامراض .

٢ ـ الشيزوفرينيا والمستقبل

ان حاضر « مرض » الشيزوفرينيا ، كما يتبين من فصول هذا الكتاب ، هو حاضر يتسم بفيض مشوش من الأبحاث والفرضيات حول هذا الموضوع ، وبالرغم من كل ما كتب وقيل في هذا المرض ، فإن القارىء والمتتبع لا يستطيع الخروج من كل ذلك بفكرة واضحة ومحددة عن الانفعالات المرضية التي تقع في هذا المرض . والذي يتضح لنا من متابعة الأبحاث العديدة والمختلفة ، هو أن الباحثين يتجهون نحو ابحاثهم بصورة عشوائية لا يجمعها نظام واحد أو هدف معين ، كما انهم في الكثير من الأحيان يتمسكون بأذيال بينات عارضة سرعان ما يثبت سرابها . وهكذا فأننا نعيش الآن دوامة غير متناهية من الأبحاث والنظريات حول ما هية هذا المرض وحدوده وصوره وأسبابه وعلاجه الى غير ذلك من المواضيع المتعلقة به ، ولا يبدو من كل ذلك بأننا أقرب وصولا الى فهم هذا المرض وجلاء حقيقته .

إن أهم ما يمكن ادراكه عن هذا المرض هو أنه انفعال عقلي مختلف الصور والاعراض والمسيرة والمصير ، والى الحد الذي يتعذر فيه احيانا تفريقه عن انفعالات الشخص الطبيعي ، أو عن الانفعالات العقلية الأخرى ، وهو واقع ما زال يكوّن عثرة في طريق انتماء هذا المرض الى مجاميع الأمراض الأخرى والتي تتمتع بالمقومات اللازمة لاعتبارها ضمن النموذج الطبي ، وهكذا وحتى بعد مئة سنة من الأبحاث المستفيضة ، وبعد اكثر من ثلاثة الاف سنة من افتراض الأسباب المادية للمرض ، فإنه ما زال يترتب على الأطباء والباحثين اثبات وجود حيثية محددة لما يسمى « بالشيزوفرينيا » ، وقد يمر وقت طويل قبل التوصل الى هذا الاثبات ، والذي قد يأتي على صورة مغايرة للتوقعات .

*

ان النواحي الهامة التي سيتركز عليها البحث المستقبلي عن هذا الانفعال المرضي ستكون مواصلة الابحاث الحالية والتي تتركز على الحيثية التشخيصية للمرض وعلى أسبابه وطرق علاجه ، وهذه نواحي مترابطة ، فأما يفضي البحث فيها الى نتائج تجعل من الشيزوفرينيا مرضا من الأمراض ، أو تفضي الى التخلي عن هذا الاعتبار ، وهذا المصير الأخير هو ما يبشر به البعض ممن يعتبرون الشيزوفرينيا خرافة أشبه ما تكون بخرافة وحيد القرن ، والذي يرسم ويوصف في الكتب وكأنه موجود في كل مكان ، مع أن لا وجود له ، واذا ما حدث ذلك فإنه سيتحتم على الباحثين وضع الانفعالات المرضية الموسومة بالشيزوفرينيا

في الوقت الحاضر في باب او آخر من أبواب الانفعال العقلي . والذي حدث حتى الآن هو على نقيض ذلك ، فقد دأب الأخصائيون على اقتطاع الكثير من الانفعالات العقلية واضطرابات السلوك والشخصية وادخالها بدون مبررات كافية ضمن حدود الشيزوفرينيا . والذي نتوقعه هو أن يتزايد الأتجاه المستقبلي نحو تقليص حدود الشيزوفرينيا الى أقل حدود ممكنة بحيث لا تشمل هذه الحدود غير المرضى الذين تبدوعليهم علامات المرض منذ الصغر ، ثم يتواصل تطور المرض ويزمن بدون أمل في الشفاء ، وهذا توقع ، أن صح ، وهنالك بوادر من الاتجاه نحو تبنيه ، فإن الشيزوفرينيا كحالة مرضية ، سيعود الى حدوده الضيقة التي اصطلحها موريل وكربلاين قبل أكثر من مئة عام . أما بقية الحالات المرضية التي يشملها التعبير الشيزوفرينيا حالياً فانا نتوقع أن توصف بأنها « انفعالات عقلية » وتتحدد طبقاً لأسبابها المحدثة واعراضها ومسيرتها .

*

ان البحث عن سبب او اسباب لهذا المرض ، سيظل غاية أساسية للباحثين ، وان كان يقتضي اولا تحديد مجال المرض الذي يبحث عن أسبابه ، وحتى الآن فقد اتخذ البحث في الأسباب مسارات عدة ، منها ما هو نفسي ، ومنها ما هو بايولوجي ، مع كل ما يتفرع عن هذين العاملين الأساسيين من مفردات سببية أخرى . وقد اتسم البحث في هذه العوامل السببية بالحماس والتحزب لعامل دون آخر ، وكان من نتيجة ذلك اغفال امكانية تعدد العوامل السببية وتفاعلها في احداث الانفعال المرضي الواحد . ونتوقع لذلك أن تكون أبحاث المستقبل متجهة نحو اقرار تعدد العوامل السببية ، والتخلي عما يظهر في الوقت الحاضر من تشنجات جدلية تتمسك بعامل سببي دون آخر ، كالقول بأن المرض يتقرر بايولوجيا ، أو نفسياً أو اجتماعيا أو كيمياوياً ، الى غير ذلك من الآراء التي لم تثبت حتى الآن صحة واحد منها بصورة قاطعة . ومع أننا لم نتوصل حتى الآن الى اثبات سبب او اسباب معينة لهذا المرض ، فإن ما أفاد به العلم حتى الآن هو ان المرض ، وخاصة في حدوده الضيقة ، يتقرر بفعل الوراثة . ويمكن القول بأن هذه الحقيقة هي اقرب ما يكون للواقع ، غير انه ما زال يترتب على الباحثين اثبات ماهية هذه الوراثة وقواعد انتقالها ، والطريقة أو الطرق التي تعبر فيه عن وجودها ، وسيكون من الصعب على الباحثين في المستقبل التوصل الى نتائج حاسمة في هذا الموضوع بالنظر الى أن مقررات الحياة العقلية للانسان لا تنحصر في بضعة عوامل وراثية يسهل تعيينها ورصدها ، وإنما هي على الغالب حصيلة ما لا يمكن تحديده واكتشافه من المقررات الوراثية المتفاعلة بعضها مع بعض بمقادير وقوى متباينة بين فرد وآخر . ولهذا فنحن لا نتوقع انجازات هامة وحاسمة في هذا الموضوع .

*

والناحية الأخرى التي سيتواصل فيها البحث المستقبلي هي مسألة علاج هذه الحالات . فعلاج الشيزوفرينيا بأنواعه المختلفة من مادية كالدواء والكهرباء والجراحة العصبية ، او نفسية اجتماعية ومحيطية ، ما زال علاجاً تجريبياً بالدرجة الأولى . وربما سيظل كذلك ما دمنا لا نعلم سبباً محدداً

للمرض ، غير ان اكتشاف العلاج المانع او الشافي للمرض ، ولو بطريق الصدفة ، يمكن ان يكون الباب الذي يمهد للوصول الى اكتشاف السبب . وهنالك تفاؤل بأن الطرق العـلاجية الكيميـاوية ستسهـل الوصول الى ذلك ، كما ان هنالك من البينة ما يكفي لاثبات جدوى هذه الطريقة العلاجية ، غير انه يقتضي ايضا ان نأخذ بعين الأعتبار فشل العلاج بأنواعه ، بما في ذلك الكهرباء والدواء والعلاج النفسي في احداث اي تبديل ايجابي في حالة الكثيرين من المرضى ، وهذا كله يدفعنا الى الاحتراز في التفاؤل المفرط باكتشاف العلاج الشافي للمرض في المستقبل القريب ، ونحن في تشوفنا لهذه النتيجة ، قد نكـون في عداد المتشائمين ، غير أننا نؤمن بضرورة مواصلة البحث وفي كل اتجاه ممكن نحو ايجاد علاج مـلائم لهذا المرض ، والذي فيه من المعاناة للمريض وأهله وللمجتمع بصورة عامة ما يزيد عن المعاناة من أي حالة مرضية اخرى .

ان هنالك الكثير من العلم الذي لا يستطيع احد التنبؤ به ، ومشكلة الشيزوفرينيا تزيد في هذه الصعوبة ، ذلك ان عليه اجتياز المرحلة الأولى ، وهي أن يصبح علما ، وهي مرحلة اكثر صعوبـة من تشوف مستقبل العلم في حد ذاته ، ونحن لذلك لا نتشوف مستقبلا للشيزوفرينيا يمكن التوصل فيه الى ماهية المرض وتحديد أسبابه وطرق علاجه بصورة قاطعة ، غير ان ذلك لا ينفي امكانية التقدم بخطوات اخرى نحو هذا الهدف السرابي .